



## Eixo 5 – Orçamento, Planejamento e Gestão em Saúde

### Atuação do enfermeiro no gerenciamento de órtese, prótese e materiais especiais

Francisca Fernanda Alves Pinheiro<sup>1</sup>  
Antonio Germane Alves Pinto<sup>2</sup>  
Maria Veronica Sales da Silva<sup>3</sup>

**RESUMO:** **Objetivo:** Descrever os mecanismos de atuação do profissional de enfermagem no gerenciamento dos recursos materiais, relacionados a utilização de Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPME, no âmbito hospitalar. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica. **Resultados e discussão:** A pesquisa sugere que o enfermeiro participa da gestão cotidiana dos recursos hospitalares, em nível operacional, gerando informações que subsidiam a tomada de decisão, porém não participa da gestão estratégica destes nem define ações e prioridades de alocação de OPME. **Conclusão:** Os limites da participação dos enfermeiros na gestão de recursos institucionais se definem em função da filosofia da instituição nas quais trabalham, nas posições que ocupam no organograma funcional e de acordo com características dos profissionais que solicitam os recursos.

**Palavras-chave:** Órtese e Prótese; Materiais Especiais - OPME; Recursos financeiros em saúde.

#### Introdução

A definição de saúde é considerada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, quer dizer, não apenas a ausência de doenças ou mal-estar (1). A saúde se evidencia por um emaranhado de características que visa a busca da qualidade de vida de um ser humano, tornando-se algo de alta complexidade.

Os hospitais são estruturas complexas que promovem a recuperação da saúde dos pacientes, consumindo, para isso, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Torna-se necessária a adequada alocação destes, através de atividades efetivas de gerenciamento, a partir de ações capazes, de gerar informações apropriadas para captar, evidenciar e mensurar gastos com a produção do cuidado que, frequentemente, não são

<sup>1</sup>Discente do Curso de Mestrado profissional Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: nandafortal@hotmail.com

<sup>2</sup> Docente do Curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde na Saúde da Universidade Estadual do Ceará

<sup>3</sup> Enfermeira. Dr<sup>a</sup> pela Universidade Federal do Ceará - UFC



medidos ou são ignorados, sobretudo, quando se trata de Órtese, Prótese e Materiais especiais - OPME.

As ações gerenciais que deveriam ser determinadas pelo conhecimento administrativo da assistência objetivando a melhoria da qualidade e eficiência na utilização dos recursos em saúde, nem sempre seguem essa orientação, podendo transformar-se em conflitos entre os profissionais da instituição (2). Sabe-se atuação do enfermeiro no gerenciamento de órtese, prótese e materiais ainda é bem restrito.

Assim, a pretensão desse trabalho é analisar a partir do exposto na seguinte problemática: quais os mecanismos que regem a atuação do enfermeiro no processo da gestão de OPME, no âmbito das unidades hospitalares? Desta maneira, o trabalho tem o intuito de, através de um levantamento bibliográfico sobre a temática, apresentar o estado da arte dessa discussão numa perspectiva crítica.

## **Método**

Este estudo foi realizado a partir de um levantamento bibliográfico, a partir de sites de buscas de artigos científicos, dos meses de maio e junho de 2017 nas seguintes bases de dados: Biblioteca Regional de Medicina (BIREME); Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde (LILACS); *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO); *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line* (MEDLINE) e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. O filtro para a busca foram os seguintes descritores: órtese e prótese; materiais especiais - OPME; Recursos financeiros em saúde.

O trabalho foi dividido em três aspectos relevantes a partir do contexto dos requisitos do processo para o gerenciamento de OPME: exigências; planejamento - solicitação de padronização e processo de compra.

## **Resultados e discussão**

A complexidade do hospital exige a provisão e o gerenciamento de materiais e equipamentos, indispensáveis à realização de procedimentos por parte do enfermeiro.

O entendimento sobre: “a deficiência de materiais tem interferência direta na assistência ao cliente, constituindo-se numa preocupação para o enfermeiro gerente da Unidade” (3). Tal precariedade é uma constante, desde os materiais mais simples até os mais complexos, como órteses, que se refere unicamente aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou



melhorar a função das partes móveis do corpo e prótese, que é o componente artificial que tem por finalidade suprir necessidades e funções de indivíduos sequelados por amputações, traumáticas ou não.

O mesmo autor citado anteriormente, fala:

(...) o fato de o enfermeiro participar da implementação de grande parte dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos no hospital, coloca-o na condição de desempenhar papel importante na administração de materiais. A introdução de novas tecnologias, novos materiais e equipamentos na prática assistencial, tem exigido dos profissionais de saúde, em particular do enfermeiro, a adoção de um esquema que permita o conhecimento e avaliação dos materiais e equipamentos disponíveis no mercado, no sentido de garantir uma opção que colabore com a manutenção e elevação da qualidade da assistência (3. p. 464).

No esforço de melhoria e aumento da complexidade de recursos em saúde, observa-se o aumento considerável ao longo dos anos, enquanto os recursos se tornam cada vez mais limitados e os orçamentos, restritos, “a sociedade tem exigido a redução dos gastos aliada ao aumento da qualidade dos serviços hospitalares no Brasil, o que tem provocado mudanças também na administração hospitalar” (4).

Nesse sentido, tem-se que, “(OPME), são materiais de alto custo e hoje representam os produtos da área de saúde que vem gerando maior impacto econômico nas contas hospitalares.” Compreende-se que o surgimento de novas tecnologias é universal e, apesar de eficientes, contribuem significativamente para o aumento dos custos (5).

A respeito das exigências o OPME deve ser legalmente registradas na Anvisa, conforme as disposições da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências; dentro de seu prazo de vigência, com indicação técnica de uso registrada na bula do produto (6). A aquisição de OPME deverá ser realizada por fabricante ou distribuidor legalmente habilitado para a comercialização no País. A solicitação de OPME a qualquer fornecedor e o seu recebimento, no estabelecimento de saúde, são atividades preferencialmente da estrutura administrativa qualificada para tais atos.

Para controle de qualidade e segurança do paciente é necessário que o gestor do corpo de enfermagem, estabeleça um programa de avaliação de risco, em que deve ser aplicada a dinâmica dos processos existentes e a percepção de novos procedimentos,





incluindo-se órtese prótese, sendo que esses atos devem ser analisados de maneira adequada (7).

O mesmo autor ainda traz ainda reflexões importantes, principalmente, no que tange aos recursos humanos, pois poderá envolver os seguintes profissionais para atingir sua eficiência:

- a. Diretorias, chefias imediatas e equipes técnicas das áreas usuárias de OPME, responsáveis pela realização do procedimento.
- b. Coordenador do centro cirúrgico.
- c. Coordenador do serviço de confecção e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
- d. Coordenador do centro de material e esterilização (CME).
- e. Responsável pelo gerenciamento do almoxarifado central.
- f. Colaboradores do almoxarifado central e almoxarifado satélite.
- g. Responsável administrativo pelo processo de aquisição de insumos.
- h. Responsável pelo setor de faturamento (7. p. 136).

Sabe-se que: “a função do enfermeiro gestor, destaca-se como de organizador, exercendo um papel administrativo e de planejamento junto à equipe multiprofissional, bem como no gerenciamento da assistência ao cliente e da equipe de enfermagem” (8).

Nesta mesma linha de pensamento, levando em consideração a temática em questão torna-se necessário tratar sobre padronização de insumos para saúde.

(...) sua finalidade, é diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos; simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício; simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício; permitir a compra em grandes lotes; otimizar o trabalho do Setor de Compras; diminuir os custos de estocagem. Tem como objetivo, reduzir a quantidade de itens estocados; adquirir materiais com maior rapidez; evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação; obter maior qualidade e uniformidade (8. p. 2).

Já no Manual de Boas Práticas, de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais, podemos observar questões importantes sobre o planejamento.

(...) as aquisições de que trata este Manual, deverão ser precedidas de planejamento que estabeleça as especificações técnicas e os parâmetros mínimos de desempenho e qualidade das OPME, além da definição das quantidades a serem adquiridas em função do consumo e da utilização prováveis (9. p. 14).

Observa-se por vezes formação de categorias que expressam a influência da gestão de material médico-hospitalar no processo de trabalho dos atores envolvidos, sendo: 1) Ausência de autonomia na escolha do material médico-hospitalar; 2) Falta de manutenção de equipamentos e material médico-hospitalar; 3) Burocracia no processo de compra; 4)



Falta de qualidade de alguns materiais e 5) Ausência de envolvimento profissional na gestão de material médico-hospitalar (10). Destaca-se, no entanto, que estas categorias formadas envolvem aspectos positivos e negativos do processo de trabalho, durante a tarefa. Nesse sentido, a ausência de autonomia na escolha do material médico-hospitalar nem sempre, há centralização na tomada de decisão do profissional que compra os materiais, caracterizando o sentimento de submissão quanto ao poder de decidir qual seria a melhor escolha.

No que diz respeito à compra de insumos de saúde, um hospital, dentre seus objetivos, tem por missão conseguir uma maior confiabilidade em todos os serviços em que oferece à população. Para alcançar suas metas, deve evitar todo tipo de desperdício: de material hospitalar; de esforços desnecessários, com o uso indevido do tempo; com o próprio trabalho empregado em uma atividade (quando há o retrabalho), com processos ineficientes dentre outros.

Sobre este assunto, destaca-se na pesquisa abaixo, a importância que os enfermeiros,

(...) participem do processo de seleção e compra de materiais, pois têm como avaliar se a quantidade e a qualidade do produto condizem com as necessidades da clientela e de sua equipe, que deve ser treinada constantemente, a fim de evitar desperdícios e, conseqüentemente, o aumento do custo hospitalar por uso indevido desses materiais (11. p. 318).

Compreendeu-se que o enfermeiro deve ter o cuidado de não transformar o trabalho por ele desenvolvido, em uma atividade burocrática que vise unicamente à manutenção dos interesses financeiros da instituição, mas sim como uma conquista que destaca a importância de uma boa atuação na dimensão técnico-administrativa, que faz parte dos processos de cuidar e gerenciar.

Desvendar essas questões torna-se relevante para situar o enfermeiro no processo decisório do hospital, como participante ativo que utiliza os recursos assistenciais em grande escala e participa das definições ou como cumpridor de decisões de outras instâncias. O estudo mostra que o enfermeiro gerencia recursos institucionais, mas é pouco explorada no sentido de elucidar o tipo de participação do mesmo nos níveis estratégicos e operacionais. Compreende-se, portanto, que, o tipo de participação do enfermeiro na gestão de recursos do hospital, pode contribuir para aumentar a autonomia



profissional, satisfação no trabalho e possibilidade de realizar atendimentos, conforme as demandas, sem improvisações muitas vezes desnecessárias.

## **Conclusão**

Constatou-se que as órteses, próteses e materiais especiais – OPME são avanços que representam melhoria na qualidade de vida das pessoas. Em contrapartida, proporcionam impacto nos gastos em saúde, independente da complexidade, visto serem considerados produtos de alto custo. O processo envolvendo esses itens, apesar de bastante complexo, mostrou ter uma boa relação custo-benefício. Embora apresente alguns gargalos, como o custo e o tempo despendido durante o fluxo de OPME, o hospital consegue ter um controle do fluxo e do estoque desse processo, que promovem a viabilidade e os benefícios da utilização de processos gerenciais específicos na administração de OPME, a partir de recurso humanos preparados para este contexto.

Compreendeu-se que o enfermeiro participa ativamente da utilização de recursos assistenciais em grande escala e atua nas definições ou como cumpridor de decisões de outras instâncias. O estudo mostra que o mesmo gerencia recursos institucionais, mas é pouco explorado no sentido de elucidar o tipo de participação do mesmo nos níveis estratégicos e operacionais. Compreende-se, portanto, que, o tipo de participação da enfermagem na gestão de recursos do hospital, pode contribuir para aumentar a autonomia profissional, satisfação no trabalho e possibilidade de realizar atendimentos, conforme as demandas de forma a garantir a segurança do paciente.

Considera-se ainda a relevância da pesquisa, pela possibilidade da aplicação prática dos resultados, visando à organização e melhoria da gestão hospitalar pautada no gerenciamento eficiente de custos e na distribuição equitativa dos recursos disponíveis, considerando que ainda existem oportunidades de melhorias nos processos assistenciais já estabelecidos.

## **Referências**

1. World Health Organization. 2006. Disponível em: <<http://www.afro.who.int/pt/oms-em-africa/missao-e-funcoes-essenciais.html>>. [Acesso em: 25 maio 2017].
2. NARDINO, S. Controle de Estoque de OPME. São Paulo: Rev. Science in Health, 2011:2(2)113-9.



3. STUMM, Eniva Miladi Fernandes et al. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Rev. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 15(3): 464-74
4. SOUZA, A. A. Gestão Financeira e de Custos em hospitais. São Paulo: Editora Atlas, 2013.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) - Capítulo 2 - Requisitos do Processo. Brasília – DF 2016.
6. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010. Portal ANVISA. Disponível em: <https://blog.gestaoopme.com.br/conheca-os-recursos-do-portal-anvisa-com-br/Acesso> em 23 jul. 2017.
7. SAMARITAN, Georgette. Ambulatory Surgical Centers - Management Insurance and risk concerns. Disponível em: <http://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistagestaoedesenvolvimento/article/viewFile/1004/1378>. Acesso em: 2 jun. 2017.
8. SOARES N. V.; LUNARDI V. L. Desrespeito aos direitos dos trabalhadores e, conseqüentemente, aos direitos do cliente. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, SC, v. 9, p. 35-46, maio/ago. 2009.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) - Capítulo 2 - Requisitos do Processo. Brasília – DF 2016.
10. CUNHA, Kátia de Carvalho. Perfil de competência do enfermeiro para a liderança e supervisão na enfermagem. São Paulo, SP: Martinari, 2008.
11. Aguiar AB et al. Gerência dos serviços de enfermagem um estudo bibliográfico. Revista Eletrônica Enfermagem. [periódico na internet]. 2010. 7(3):318-26. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm).





## **Análise da Judicialização da Saúde no Mandado de Segurança nº 5213458-TJ-GO**

Analysis of The Judicialization of Health on the lawsuit nº 5213458-TJ-GO

Danilo Di Paiva Malheiros Rocha<sup>1</sup>

**RESUMO:** O presente trabalho pretende compreender o fenômeno da Judicialização do acesso à Saúde Pública a partir da análise de um caso concreto no Estado de Goiás (Mandado de Segurança) que ainda não teve decisão definitiva, mas com decisões liminares de somenos importância, inclusive com manifestação do Supremo Tribunal Federal, assim como analisar o entendimento dos juízes, desembargadores e ministros que manifestaram nos autos para prolatarem decisões através do método indutivo, partindo do estudo de caso concreto para as conclusões gerais. A saúde é um direito humano que foi positivado pela Constituição Federal de 1988 como prioridade e como supedâneo à vida e à dignidade da pessoa humana. Devido à crescente demanda de pedidos judiciais de distribuição de medicamentos, tornou assunto discutido nas diversas áreas de conhecimento, uma vez que as políticas públicas estão sendo geridas por decisões judiciais indo de encontro dos orçamentos públicos limitados. O caminho tomado pelas autoridades judiciais, Ministério Público e defensorias públicas, não contribui para a justiça distributiva e igualitária de medicamentos, desconsiderando a limitação orçamentária e deixando as políticas públicas direcionadas ao cumprimento das decisões judiciais.

**Palavras-chave:** Saúde; Judicialização; Políticas Públicas; Medicamentos

**ABSTRACT:** The present work intends to understand the phenomenon of Judicialization of access to Public Health from the analysis of a Goiás' concrete case (Lawsuit) that has not yet had a final decision, but with injunctions of minor importance, including with manifestation of the Brazilian Supreme Court, as well as to analyze the understanding of the judges, ministers that have manifested in the records to show decisions through the inductive method, starting from the concrete case study for the general conclusions. Health is a human right that was affirmed by the Brazilian Federal Constitution of 1988 as a priority and as subordinate to the life and dignity of the human person. Due to the increasing demand for legal requests for drug distribution, it has become a topic discussed in the various areas of knowledge, since public policies are being managed by judicial decisions against limited public budgets. The path taken by the judicial authorities, public prosecutors and public defenders, does not contribute to the distributive and egalitarian justice of medicines, disregarding the budgetary limitation and leaving the public policies directed to the fulfillment of judicial decisions.

**Keywords:** Health; Judicialization; Public policy; drugs

### **Introdução**

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás – UFG. E-mail: danilo\_gestor@yahoo.com.br





A Saúde Pública brasileira tornou-se um tema de grandes debates transcendendo o enfoque simplesmente médico e diagnóstico para atingir estudos das Ciências Econômicas, Jurídicas e Administração. Chegou-se num determinado patamar em que é indiscutível a necessidade de um planejamento prévio da gestão da saúde pública a fim de atender à demanda.

Além dos pedidos administrativos de distribuição de medicamentos e assistência à saúde (consultas, exames, cirurgia e próteses), há a intervenção do Poder Judiciário nestas políticas públicas em escala crescente em detrimento à escassez de verba pública.

O objetivo geral do presente trabalho é compreender o fenômeno da Judicialização do acesso à Saúde Pública a partir da análise de um caso concreto (Mandado de Segurança) que ainda não teve decisão definitiva, mas com decisões liminares de somenos importância, inclusive com manifestação do Supremo Tribunal Federal. E, especificamente, busca-se analisar o entendimento dos juízes, desembargadores e ministros que manifestaram nos autos assim como os argumentos utilizados para dar sustentáculo às suas decisões. Este artigo está organizado da seguinte maneira: além da Introdução, o tópico “2” trata do Direito Humano à Saúde; o tópico “3” se refere à Saúde no Ordenamento Jurídico Brasileiro; o tópico “4” explicita a metodologia empregada no presente estudo; o tópico “5” trata da análise ao Mandado de Segurança 5213458-TJ-GO; o tópico “6” contém os resultados encontrados, e por fim, o tópico “7” se refere à discussão dos resultados e conclusão.

## **O Direito Humano à Saúde**

Quando se fala em direito humano à saúde é necessário mencionar os seguintes textos internacionais: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, os Pactos de 1966 e a Declaração de Viena de 1993. A primeira delas foi aprovada unanimemente por 48 países (1)

O direito humano à saúde está inserido nos direitos humanos por ser uma decorrência do direito à vida, em 1948, na Declaração Universal de Direitos Humanos, no artigo 25 que assegura:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, o direito à segurança, em caso de



desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (2)

Existem outros dispositivos que, indiretamente, podem ser considerados direitos vinculados à saúde, como a proibição à tortura (art. 5º) e outros.

Uma definição ampla e visionária da saúde é estabelecida no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS): “[...] um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” (3)

Esta visão holística da saúde enfatiza o fato de que muitas das políticas que determinam a saúde são feitas fora do setor convencional da saúde e afetam as determinantes sociais da saúde.

### **A Saúde no Ordenamento Jurídico Brasileiro**

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem estar e a justiça social. Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância. (4)

O Art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (4)

No que pertine à legislação infraconstitucional, foi editada a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde. (5)

O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Federal 8080/90, para definir a assistência farmacêutica do SUS. (6)

Em 2012 passou a vigorar a Lei Complementar Federal n. 141, que dispõe sobre os valores mínimos a serem anualmente aplicados na saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, estabelecendo, ainda, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. (7)

### **Metodologia**



A metodologia utilizada para o presente estudo foi o método indutivo, partindo do estudo de caso concreto para as conclusões gerais contemplando quatro etapas: a observação e o registro de todos os fatos; a análise e a classificação dos fatos; a derivação indutiva de uma generalização a partir dos fatos; e a verificação.

### **Análise ao Mandado de Segurança 5213458-TJ-GO**

O presente estudo trata da análise ao Mandado de Segurança 5213458-TJ-GO e seus recursos decorrentes no qual a impetrante, uma criança do sexo feminino de dez meses de idade (representada por sua mãe) considera ter o direito líquido e certo de receber do Estado de Goiás o medicamento Spinraza, princípio ativo nusinersn.

Impetrado diretamente no Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, por ter competência originária determinada pelo art. 14, inciso I, alínea “b” do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de Goiás, a petição inicial foi subscrita por advogada particular que contém a informação de que a requerente encontrava-se à época internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) por portar Atrofia Muscular Espinhal (AME). Colacionou relatório médico contendo a confirmação da doença prescrevendo o uso do medicamento SPINRAZA, medicamento não regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), razão pela qual foi negada seu fornecimento via Sistema Único de Saúde (SUS). Na via administrativa tal pedido foi negado devido à falta de registro do referido medicamento na ANVISA. Fundamentou a petição alegando este ser o único medicamento capaz de salvar a vida da criança, juntamente com jurisprudências pátrias que desconsideram a lista da ANVISA priorizando a vida/saúde dos requerentes. Por fim pediu deferimento da liminar para fornecimento imediato do medicamento; concessão da gratuidade da justiça; fixação de astreintes em caso de indeferimento; e, concessão do medicamento na decisão definitiva.

O pedido liminar foi julgado monocraticamente pelo Desembargador Kisleu Dias Maciel Filho. Na ocasião considerou presentes os requisitos da fumaça do bom direito e do perigo da demora e deferiu a liminar concedendo 48 horas para a entrega do medicamento.

O Estado de Goiás, via sua procuradoria, interpôs Agravo Regimental no qual pede ao Desembargador Relator reconsidere a decisão ou que seja remetido ao colegiado, alternativamente. Argumentou o Agravante a ausência de exame comprobatório da doença, recurso limitado do Estado e que os artigos 6º e 196 da Constituição Federal de





1988 se referem a Direitos Sociais e não Individuais, uma vez que a obrigação de entrega do medicamento orçado em 3 milhões de reais resultaria em desabastecimento de medicamento para grande parcela da população goiana.

Diante das negativas por parte do Poder Judiciário, o Estado de Goiás solicitou a Suspensão de Segurança (SS 5192 MC) ao Supremo Tribunal Federal (STF) por se tratar de medicação importada, sem registro na ANVISA e despida de comprovação consistente de eficácia e segurança. Outro argumento foi o de que o alto custo do medicamento implicaria risco de lesão à ordem, à segurança, à economia e à saúde do Estado de Goiás.

Ao apreciar o pedido, a Ministra Presidente Cármen Lúcia mencionou decisão em caso similar na qual o Ministro Cezar Peluso foi relator e ressaltou que o alto custo do medicamento não seria, por si só, motivo suficiente para caracterizar a ocorrência de grave lesão à economia e à saúde públicas, pois a política pública de fornecimento de medicamentos excepcionais “tem por objetivo contemplar o acesso da população acometida por enfermidades raras aos tratamentos disponíveis”. Por fim, decidiu justificando que a concessão da medida “configuraria dano inverso” e poderia levar à morte da menor, que nasceu em setembro do ano passado. (8)

O processo objeto de estudo encontra-se em tramitação no Supremo Tribunal Federal com vista à Procuradoria Geral da República (PGR) em 08/09/2017 para posterior decisão da Presidência.

## **Resultados Encontrados**

Dos resultados encontrados verificou-se que, embora não se tenha decisão definitiva no caso em tela, diante das jurisprudências e fundamentos apresentados, a tendência do julgamento é seguir o entendimento esposado. As decisões analisadas se referem priorizam a saúde da requerente em detrimento da limitação do orçamento público, da ausência de estudos sobre a eficácia do medicamento e do tratamento isonômico aos dependentes das políticas públicas de distribuição de medicamentos.

## **Discussão dos resultados e Conclusão**

Do presente estudo, concluímos que o fenômeno da judicialização da saúde é assunto de extrema complexidade, pois está em discussão a vida de pessoas que necessitam de assistência. Entretanto, não se pode perder de vista que uma decisão judicial deve conter critérios rigorosos em sua análise por ter influência direta no Poder





Executivo e Legislativo, principalmente quando assume a função de distribuição de Políticas Públicas sem considerar os limites de recursos.

Do que se viu das decisões analisadas no caso em estudo, nenhuma recorreu à solicitação de áreas específicas da saúde. Consabido que o julgador tem conhecimento limitado à legislação, ou seja, conhecimento jurídico não é capaz de sobrepor ao conhecimento técnico de outras áreas de conhecimento, tais como, farmacêuticos. Ciente desta situação, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) já se manifestou sobre o tema com recomendações de que os juízes ouçam, quando possível, os gestores públicos antes de decidir questões relacionadas à saúde. (9)

Especificamente no Estado de Goiás foi instituída a Câmara da Saúde, composta por diversos técnicos da área da saúde para auxiliar os juízes em casos similares ao ora em estudo e não foi verificada nenhuma consulta ao referido colegiado, desprovendo as decisões judiciais de fundamentos técnicos necessários para a solução do problema. (10)

Diante do exposto, constatamos que o problema da saúde no país está longe de ser resolvido, pois o caminho tomado pelas autoridades judiciais, ministério público e defensorias públicas, que buscam a judicialização particular de distribuição de medicamentos não contribui para a justiça distributiva e igualitária de medicamentos, desconsiderando a limitação orçamentária e deixando as políticas públicas direcionadas ao cumprimento exclusivo das decisões judiciais.

## Referências

1. PIOVESAN, Flávia. Os Direitos Humanos e o direito constitucional Internacional. 7ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 130.
2. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: . Acesso em: 26 jun. 2017.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSorganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 15 maio 2017.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 5 de out.1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) [Acesso em: 12 agosto. 2017.]



5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) . [Acesso em: 12 agosto. 2017.]
6. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm) [Acesso em: 12 agosto. 2017.]
7. BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)
8. Suspensão de Segurança 4.316/RO, Relator o Ministro Cezar Peluso, decisão monocrática, DJe 13.6.2011).
9. Conselho Nacional de Justiça – CNJ; Recomendação Nº 31 de 30/03/2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. DJE/CNJ nº 61/2010, de 07/04/2010, p. 4-6.
10. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. Portaria nº 13/2012. o Comitê Executivo Estadual do Fórum Nacional, com o apoio do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO), criou a Câmara de Saúde do Judiciário (CSJ), cujas atividades iniciaram-se no dia 31 de janeiro de 2012, instalada na sala 713, do Fórum da Comarca de Goiânia. Disponível em <http://www.tjgo.jus.br/index.php/home/imprensa/noticias/119-tribunal/11009-esperar-autorizacao-medicamentos-sao-as-principais-demandas-que-chegam-a-camara-de-saude> [Acesso em: 12 agosto. 2017.]



## A importância da triagem nutricional no adulto hospitalizado

Thaisy Correia Guerra Delgado<sup>1</sup>

Rita de Cássia da Silva<sup>2</sup>

Gustavo Goldzveig<sup>3</sup>

**RESUMO:** A desnutrição hospitalar ainda é bastante frequente nos dias de hoje. Neste contexto, todo esforço deve ser realizado para reconhecer e identificar precocemente, os pacientes com risco nutricional, por meio de triagem nutricional, que identifica indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição. A manutenção do estado nutricional é imprescindível para a preservação e recuperação da saúde.

**Palavras chave:** Desnutrição Hospitalar, Triagem Nutricional, Risco Nutricional

**ABSTRACT:** Hospital malnutrition is still common today. In this context, every effort should be made to recognize and early identify patients at nutritional risk through nutritional screening that identifies individuals malnourished or at risk of malnutrition. The maintenance of nutritional status is essential for the preservation and restoration of health.

**Keywords:** Hospital Malnutrition, Nutrition Screening, Nutritional Risk

### Introdução

No Brasil e no mundo, vários estudos têm apontado a alta prevalência de desnutrição em pacientes internados. (1)

Este distúrbio relaciona-se em grande parte com aumento de complicações clínicas e mortalidade, além de contribuir para prolongar o tempo de hospitalização, e aumentando assim os custos hospitalares. (2)

A manutenção do estado nutricional é imprescindível para a preservação e recuperação da saúde. A identificação precoce do risco nutricional possibilita uma intervenção e cuidado nutricionais mais adequados. (3)

Neste contexto, todo esforço deve ser realizado para reconhecer e identificar precocemente, os pacientes com risco nutricional, por meio de um método efetivo de triagem nutricional, visando a prevenção da deterioração do estado nutricional. (4)

A Associação Dietética Americana (ADA), o Comitê das Organizações de Saúde (JCHO) e a Iniciativa de Triagem Nutricional (NSI) definiram triagem nutricional como o

---

<sup>1</sup> Mestrando do Curso de Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília

<sup>2</sup> Mestrando do Curso de Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília

<sup>3</sup> Mestrando do Curso de Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília



processo de identificação das características que se sabe estarem associadas a problemas dietéticos ou nutricionais. (5)

A Aspen (*American Society Parenteral and Enteral Nutrition*) considera que a perda de peso, presença de doenças crônicas, aumento das necessidades nutricionais e alterações dietéticas são fatores de risco que podem comprometer o estado nutricional do paciente. (6)

A triagem nutricional é um procedimento que tem como objetivo identificar pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, com o intuito de analisar a necessidade de uma avaliação complementar mais detalhada.

A detecção precoce auxilia no cuidado nutricional e na prevenção de complicações, deve ser realizada até 72 horas da admissão do paciente, podendo ser realizada por qualquer profissional de saúde. Segundo a Aspen, em unidades de terapia intensiva essa detecção precoce deve ocorrer em até 24 horas. (6)

O ministério da Saúde tem reconhecido a importância do rastreamento do processo de desnutrição, por isso em 7 de março de 2005, entrou em vigor a portaria 343 que tornou obrigatória a implantação de protocolos de triagem e avaliação nutricional para o acompanhamento desses pacientes nos hospitais do SUS. (7)

Mesmo sabendo que com a detecção precoce do risco nutricional, é possível minimizar ou prevenir a deterioração do estado nutricional, percebe-se na prática clínica, muitos poucos hospitais utilizando o processo de triagem nutricional

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo mostrar a importância da Triagem Nutricional.

## **Objetivo**

Analisar a importância da Triagem Nutricional.

## **Metodologia**

A fundamentação teórica foi realizada por meio de revisão bibliográfica de artigos científicos publicados nos últimos cinco anos, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), United States National Library of Medicine (PubMed) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), livros e portarias do Ministério da Saúde. A estratégia de busca utilizou as seguintes palavras-chave: Desnutrição Hospitalar, Triagem Nutricional e Risco Nutricional.





## Discussão

A prevalência de desnutrição hospitalar tem crescido muito no Brasil. Atualmente diversos estudos têm correlacionado a evolução clínica com o estado nutricional, pois a capacidade de reagirmos a patologia depende em grande parte de um adequado estado nutricional.(1,2)

O sistema imunológico e as funções cognitivas tornam-se comprometidos, tornando-se fator de risco para complicações infecciosas, delírios, reações adversas a medicações e cicatrização prejudicada (8)

Outros estudos correlacionam a desnutrição, com o aumento de complicações clínicas e mortalidade, aumento dos custos hospitalares e maior tempo de internação. Além disso, quanto maior o período de permanência no hospital, maior é o risco de se agravar a desnutrição. (9)

Os pacientes hospitalizados estão sujeitos a apresentarem alterações nutricionais, que, se não diagnosticados e tratados precocemente, acarretam um quadro de desnutrição. São assim, por diversos fatores, entre eles o aumento das necessidades energéticas, diminuição da capacidade de digestão e absorção dos nutrientes, períodos prolongados de jejum, o próprio ambiente hospitalar, no qual o paciente não está familiarizado, o próprio preconceito do paciente em relação a alimentação servida que é tida como de baixa qualidade (10)

A avaliação nutricional e a determinação do diagnóstico nutricional no início da internação permitem identificar indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrir-se e instituir terapia nutricional adequada que vise à recuperação do estado nutricional e à prevenção de complicações relacionadas à desnutrição.

Por tudo isso, é fundamental a identificação precoce do risco nutricional, por meio de um método efetivo de triagem, visando a prevenção da desnutrição ou promovendo sua recuperação. (3)

A inserção de um método de triagem nutricional para identificação de risco nutricional tem sido recomendada, nacional e internacionalmente, por organizações de especialistas, com o objetivo de avaliar efeitos físicos e fisiológicos adversos de pacientes com doenças crônicas degenerativas e/ou lesões agudas. (6)

O risco nutricional se refere ao risco do paciente desenvolver complicações em decorrência do estado nutricional prejudicado. Portanto, a avaliação do risco nutricional é o



primeiro passo no processo de cuidados nutricionais, pois possibilita ao profissional de saúde intervir antes do agravamento do estado nutricional. (4)

A triagem nutricional é um procedimento simples e rápido, que consiste na realização de um inquérito ao paciente ou seus familiares com a finalidade de identificar o risco nutricional. (2,11).

O principal objetivo da triagem nutricional é identificar rapidamente indivíduos que se encontrem em risco nutricional, sinalizando aqueles pacientes que poderiam beneficiar-se da terapia nutricional. Esta identificação deve ser realizada nas primeiras 24 horas a no máximo 72 horas após a internação. (11)

Considerando a relevância da Triagem Nutricional, o Ministério da Saúde através da portaria GM/MS Nº 343, de 07 de março de 2005 instituiu mecanismos para organização e implantação de Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, estabeleceu normas técnicas e operacionais para regulamentar a aplicação desta prática. (7)

Para a identificação precoce de pacientes desnutridos e conseqüente intervenção, além de prevenção da desnutrição, o ideal seria promover a conscientização dos profissionais de saúde quanto aos aspectos nutricionais, implantando a triagem nutricional como atividade de rotina nos hospitais, e tornando real a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) dos custos provenientes de avaliação do estado nutricional, assim como dos materiais e equipamentos necessários à aplicação da terapia nutricional Cabe aos profissionais de saúde instituir iniciativas educacionais para esclarecer as equipes de saúde e a população sobre a importância do diagnóstico e do tratamento da desnutrição hospitalar.

## **Conclusão**

Conclui-se que a triagem nutricional deve ser, portanto, parte da atenção primária de todos os pacientes, para maior sobrevida ao paciente a fim de prevenir a desnutrição hospitalar e suas conseqüências.

A escolha do método de triagem nutricional ideal deve considerar o contexto no qual o paciente está inserido, além de aspectos como recursos humanos e físicos disponíveis. O melhor método será aquele que contemplar fácil acesso, baixo custo e bom prognóstico.



## Referências

- 1. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Hojlund Larsen I, Martinsen A, Andersen JR, Baernthsen H, Bunch E, Lauensen N. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002;21(6):461-8.
- 
- 2. Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Nascimento M, Castro M, Marques P et al. Comparation of nutritional risk screening tools for predicting clinical outcomes in hospitalized patients. *Nutrition* 2010;26:721-6.
- 
- 3. Valle FCR, Logrado MHG. Estudos de Validação de Ferramenta de triagem e avaliação nutricional: uma revisão acerca da sensibilidade e especificidade. *Com. Ciências Saúde* 2013;22(4):31-46.
- 
- 4. American Dietetic Association (ADA 2002). Position of American Dietetic Association: nutrition services in managed care. *J Am Diet Assoc.* 2002;102:14718.
- 
- 5. A.S.P.E.N (Americam Society for Parenteral and Enteral Nutrition) Board of Directoresanda Standards Committee. Definition of terms, style, and convetions used in ASPEN Guidelines and standards. *NutrClinPract*, 2005;20:281-5.
- 
- 6. Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 343 de 7 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para a implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Brasília; 2005. [capturado em 2014 fev. 01]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-343.htm>.
- 
- 7. Fonseca MM, Melo MC, El-Kik PM. Frequência de Realização de Triagem Nutricional em pacientes adultos hospitalizados. *Rev Grad* 2012;(5)
- 
- 8. Aquino RC, Philippi ST. Desenvolvimento e avaliação de instrumentos de triagem nutricional. *Ver Bras Enferm.* 2012; 65(4): 607-13
- 
- 9. Sousa VMC, Guariento ME. Avaliação do idoso Desnutrido. *Rev Bras Clin Med* 2009;7:46-49
- 
- 10. Kahokehr A; Sammour T; Wang T, Sahakian V, Plank L, D Hill, A, G. Prevalence of malnutrition on admission to hospital Acute and elective general surgical patients . e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. Cidade V, 5 p. 21-25, 2010
- 
- 11. Gout, BS; Barker L.A; Crowe TC Malnutrition Identification, diagnosis and dietetic referrals: Are we doing a good enough job? *Nutrition & Dietetics.* V. 66, p 206-211, 2009.





## Emenda Constitucional nº 95/2016: instrumento de afastamento da equidade no Sistema Único de Saúde

Kammilla Araújo<sup>1</sup>

**RESUMO** O presente trabalho objetiva tecer breves comentários sobre o impacto da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 que institui um novo regime fiscal e limitou despesas primárias dos três Poderes, pelos próximos 20 anos, especialmente, no âmbito da Saúde Pública. Para tanto, utilizou-se de pesquisa bibliográfica sobre os temas que envolvem o assunto. O prognóstico que se faz sobre os impactos dessa EC nº 95/2016 é de que haverá queda de recursos destinados a saúde em relação ao PIB, assim como, impossibilidade de investimentos e, conseqüentemente, o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que é política pública social e instrumento de superação das desigualdades. Assim, estaria posta a realidade futura de limitação e, mais especificamente, de redução de recursos destinados à saúde em razão desse regime fiscal e o aprofundamento das iniquidades em saúde.

**Palavras-chave:** Limitação – Orçamento – SUS - Emenda Constitucional Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88) consagrou o direito à saúde como um direito social e redefiniu as prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Nesse momento, a sociedade brasileira fez opção por um sistema de saúde característico de um Estado de bem-estar e substituiu o sistema excludente e desigual, anterior à CR/88, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e sob os princípios, notadamente, da universalidade, da integralidade, da equidade, entre outros. Todo esse processo posicionou o SUS como a maior política de inclusão social implantada sob o regime democrático no Brasil e permite afirmar, hodiernamente, que o seu fundamento legal é a CR/88(1).

Diante disso, estão postos o maior consumo de recursos e o custo social mais elevado, somados ao aumento da expectativa de vida ao nascer quanto ao envelhecimento da população brasileira, que geram novas demandas de saúde e, inevitavelmente, a adaptação do sistema de saúde quanto as suas ações de cuidados de saúde.

Desconexo a esse cenário, em 15 de dezembro de 2016, foi promulgada em sessão solene do Congresso Nacional a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 (2). Esta modifica parte dos artigos dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e institui um novo regime fiscal no Brasil, a partir de 2017, que limita as despesas primárias dos três Poderes pelos próximos 20 anos. Além disso, estabelece o teto dos gastos públicos com

<sup>1</sup> Universidade de Coimbra. E-mail: kamilaearaujo.bhz@gmail.com





base àqueles realizados no exercício de 2016 com reajuste, para os próximos vinte anos, de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Destaca-se que tal regime fiscal permanecerá inalterado até o décimo ano de vigência da EC. Após esse intervalo de tempo, será possível proceder a alterações sobre o método de correção dos limites, por meio de Projeto de Lei Complementar do Presidente da República.

Nesse contexto é possível inferir que ao longo dos próximos anos haverá a realidade de limitação e, mais especificamente, de redução de recursos destinados à saúde e, inevitavelmente, desrespeito ao princípio da equidade apregoado pelo SUS. O presente trabalho pretende tecer breves comentários sobre o afastamento da equidade na Saúde Pública como consequência da EC nº 95/2016.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo com interpretação, atribuição de significados e análise hipotético-indutiva (3).

A pesquisa exploratória mostrou-se proveitosa, resultando na análise e na revisão da literatura de documentos, entre artigos científicos, manuais, legislação e documentos institucionais. Além disso, utilizou-se da consulta de dados institucionais do IBGE, Banco Mundial e Ministério da Saúde, Portal da Transparência.

### **Resultados**

De acordo com as projeções do IBGE (4), a alteração da estrutura etária brasileira é considerável, nos últimos anos, e mais expressiva, se comparados os dados do ano de 2000 para o de 2036. A população entre 15 e 24 anos de idade teve uma queda de 7,6 pontos percentuais. Já a população com idade compreendida entre 25 a 59 anos teve um aumento de oito pontos percentuais. A população acima de sessenta anos quase triplicou, apresentando um aumento de 13,3 pontos percentuais. Em termos absolutos, a população acima de 60 anos passará de 14,2 milhões, em 2000, para 48,9 milhões habitantes em 2036.

Nesse contexto destaca-se que os gastos de saúde da população idosa, sabidamente, são maiores em relação ao restante da população demandando, conseqüentemente, mais investimento principalmente se considerado um aumento populacional tão expressivo. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (5),



mais de cinquenta por cento da população entrevistada, com idade acima de 65 anos, referiu diagnóstico de hipertensão, quase 20%, de diabetes e 25% de colesterol alto. Doenças crônicas que, se não controladas inevitavelmente, geram ainda mais custos à saúde.

No caso da saúde, de acordo com os dados do Portal da Transparência (6), nos últimos cinco anos, o maior percentual de aplicação ocorreu em 2015 e não ultrapassou a casa dos 13,7% da Receita Corrente Líquida (RCL), ou seja, a União não aplicou o mínimo constitucional. Não será no ano de 2017 que conseguirá aplicar os mínimos 15% para elevar os gastos com a saúde a patamares considerados, minimamente, aceitáveis, para um congelamento de gastos pelo período de vinte anos

Tabela 01: Gasto Público Primário Federal em Saúde em % da RCL

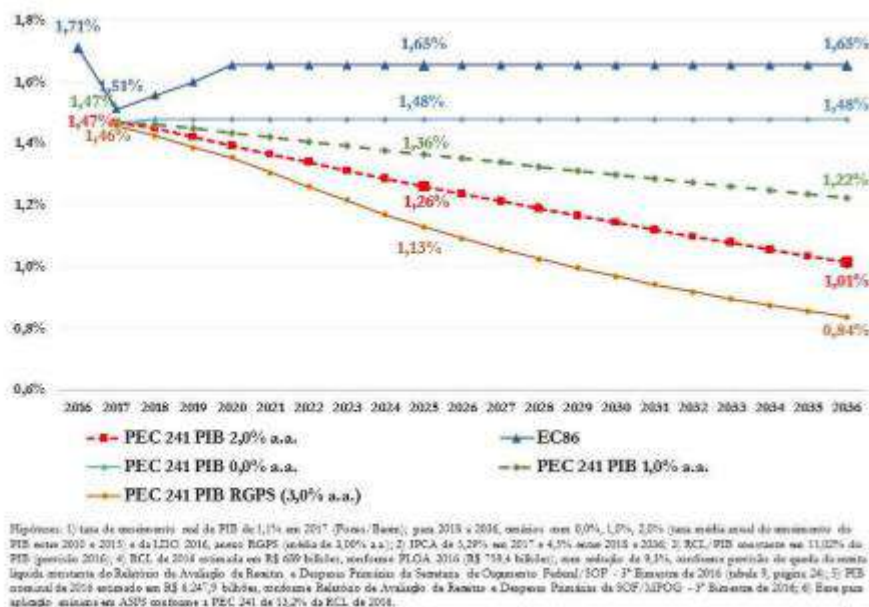
Ano	RCL*	Despesa Liquidada*	Percentual Aplicado
2016	R\$ 722.474.299,18	R\$ 98.494.822,88	13,6%
2015	R\$ 674.522.742,05	R\$ 92.154.111,99	13,7%
2014	R\$ 641.578.197,33	R\$ 85.130.901,08	13,3%
2013	R\$ 699.643.229,44	R\$ 85.384.222,46	12,2%
2012	R\$ 616.933.348,52	R\$ 84.052.672,78	13,6%

Fonte: Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Em relevante trabalho, publicado pelo IPEA, Vieira e Benevides (7) apresentaram uma projeção dos impactos da EC nº 86/2015 e da EC nº 95/2016 para os próximos anos. O Gráfico 01 apresenta o resultado das projeções sobre a participação dos limites mínimos de ações e serviços públicos de saúde em relação ao PIB. A projeção já parte de um valor inferior ao patamar atual, devido à queda no primeiro ano de vigência da EC nº 95/2016. Enquanto, durante a vigência da EC nº 29/2000, o financiamento federal do SUS se situou na faixa entre 1,6% e 1,7% do PIB. Com a previsão, para 2016, o valor seria de 1,71% do PIB, mas, para 2017, o limite mínimo para aplicação em ASPS seria de 1,47% do PIB e, com a manutenção da regra da EC nº 86/2015, seria de 1,51% do PIB.



Gráfico 01: Projeção do impacto da EC nº95/2016 sobre o gasto federal com saúde em comparação com a manutenção da regra da EC nº 86/2015 – em % do PIB (Hipóteses: piso da PEC 241 = 13,2% da RCL de 2016; e RCL 2016 = R\$ 689 bilhões).



Fonte: Vieira e Benevides, 2016b

Não se pode afastar a realidade de que, de acordo com os dados do Banco Mundial (8), em 2014, o gasto público no custeio da saúde representou 45,5 e atendeu, exclusivamente, a 75% da população brasileira, com a oferta integral de bens e serviços de saúde, ou seja, sem cobertura da saúde suplementar. Além disso, bens e serviços de vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica), vacinação, tratamentos de alto custo não cobertos pelos planos de saúde, nomeadamente, o oncológico e o transplante de órgãos, são atendidos, na sua totalidade, pela rede pública de serviços de saúde (9).

## Discussão

### Aspectos orçamentários do direito à saúde no ordenamento constitucional brasileiro

A CR/88 assegurou a todo cidadão o direito aos serviços públicos de saúde e à assistência social e instituiu o financiamento do SUS e da Seguridade Social, baseado no modelo de Beveridge. Nos termos dos artigos 195 e 198 da CR/88, o financiamento do SUS é responsabilidade comum da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios. (10)





O processo de busca de fontes de financiamento e as inúmeras crises também fizeram parte do processo de construção do SUS. A vinculação de recursos para o SUS já constava da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e pretendia vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB. No entanto, tal vinculação só ocorreu 12 anos mais tarde, com a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29/2000), de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu a vinculação das receitas da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal (11).

A EC n. 29/2000 (12) estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, o Distrito Federal, os estados e os municípios tornaram-se obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Mas a efetividade dessa emenda exigia a regulamentação, por Lei Complementar (LC), nos termos do parágrafo terceiro que previa a reavaliação dos percentuais mínimos, pelo menos a cada cinco anos, desde a data de promulgação da Emenda. Após mais doze anos, em 2012, a LC n. 141/2012 manteve a mesma regra da EC n. 29/2000 e não adicionou mais recursos.

A LC n. 141/2012 (13) regulamentou o Art. 198 da CR/88 e definiu: a) valor mínimo e normas de cálculo da quantia mínima a ser aplicada, anualmente, pela União; b) percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados, anualmente, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios; c) critérios de rateio dos recursos da União (destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios) e dos estados (destinados aos seus respectivos municípios para redução progressiva de desigualdades regionais); d) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Em 16.10.2012, foi publicado o Decreto n. 7.827 (14) que regulamentou a LC n. 141/2012 e estabeleceu os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além dos procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde dos quais trata a LC n. 141/2012.

Em 2015, a EC n. 86 (15) alterou o inciso I, do §2º, do Art. 198 da CR/88, referente ao valor mínimo e às normas de cálculo da quantia mínima a ser aplicada, anualmente, pela União e definiu o cumprimento progressivo, em cinco anos, a partir de 2016. Além disso, revogou o inciso IV do §3º do mesmo artigo que previa a possibilidade de o percentual mínimo da União ser reavaliado, por Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos, e





determinou a inclusão, para fins de cumprimento do montante mínimo aplicado pela União, dos recursos destinados para a área de saúde, oriundos da exploração de petróleo e do gás natural e das emendas individuais.

Por fim, a EC nº 95 estabelece limites para gastos aplicando, na prática, um montante inferior aos 15% constitucionalmente determinados.

### **A EC nº 95/2016 na prática**

O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão conceitua despesas primárias como “aquelas que pressionam o resultado primário, alterando o endividamento líquido do Governo (setor público não financeiro) no exercício financeiro correspondente” (16).

Além do teto das despesas primárias, decorrente da EC nº 95/2016, desde 2000, o Brasil possui um teto estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (17) que decorre de meta de superávit primário. Assim, as despesas primárias serão duplamente penalizadas, já que, além dos limites impostos pela referida emenda constitucional, deverão submeter-se ao superávit primário. Em outras palavras, pode-se dizer que, quanto maior a meta de superávit primário, a cada ano, mais baixo será o teto para as despesas primárias, ou seja, para os gastos sociais (18).

Nesse contexto, torna-se importante esclarecer que o valor previsto para a saúde foi menor, em termos reais, em relação ao último ano de vigência da EC nº 29/2000. Ou seja, a regra desta EC resguardava o orçamento federal do SUS, através da correção pela variação nominal do PIB, que incorpora a inflação e o crescimento real do PIB. Diferente do novo regime fiscal que corrige o orçamento apenas pela inflação (IPCA).

A EC nº 95/2016 estabeleceu a RCL de 2016 a qual apresentou queda real, devido à redução da atividade econômica no país. Especificamente, em relação à saúde, houve exceção que, em pouco, altera a realidade de limite de gastos. O Art. 198 da CR/88, estabelece que a União não poderia aplicar menos de 15% da RLC. E, no Art. 212, a União aplicará até 18%, mas os estados, o Distrito Federal e os municípios aplicarão 25% do resultado de impostos e transferências para a educação. (19)

No entanto, essa medida é pouco efetiva para se garantir o necessário investimento. Mesmo se, em 2017, o custeio da saúde alcançasse os 15% em relação à RCL, ainda estaria longe do ideal. De acordo com dados do Ministério da Fazenda (20), o custeio já é inferior ao desejável, tendo em vista que não ultrapassou os 1,7% em relação ao PIB, nos



últimos dez anos. A proposta dos sanitaristas, desde a Reforma, era de, no mínimo, dez por cento em relação ao PIB, para que se garantisse o atendimento adequado de uma política de saúde como se quer o SUS: universal, integral, equânime e gratuito a toda a população brasileira.

Tabela 02: Gasto Público Primário Federal em Saúde em % do PIB

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7

Fonte: Ministério da Fazenda, 2016

A EC nº 86/2015 já foi considerada penalizante para o financiamento, quando o desvinculou do PIB. Não restam dúvidas de que a EC nº 95/2016 significará o desmonte do SUS. O Gráfico 02 abaixo, elaborado por Vieira e Benevides (21), realiza um comparativo simulado entre os gastos de saúde, em relação ao PIB, sob a vigência da EC nº 29/2000 e da EC nº 95/2016, no período de 2003 a 2015. O custeio da saúde, sob a vigência da EC nº 95/2016, seria superior ao proposto pela EC nº 29/2000 e, no final do período simulado, haveria uma queda significativa de 0,99 pontos percentuais a qual geraria um investimento em saúde de 1,01% do PIB, ou seja, quase metade em relação à EC nº 29/2000.

Gráfico 02: Simulação do impacto da ECnº95/2016 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003, em % do PIB



Fonte: Vieira e Benevides, 2016

Sob a análise do panorama da saúde no Brasil, tais considerações, embasadas em argumentos econômicos, relevam um prognóstico preocupante no que tange aplicação de recursos na saúde.



## **A EC nº 95/2016 e a equidade**

O Movimento da Reforma Sanitária, sob a crítica do sistema de saúde vigente, pretendia não apenas garantir direito à saúde a todos, mas também apropriar-se da noção de equidade no tocante à distribuição mais ampla dos recursos da saúde exigindo tanto organizar um sistema de saúde de maneira eficaz quanto atender às diversas necessidades da população frente aos escassos recursos (22).

Em um contexto de desigualdades, a equidade permite o melhor atendimento, se observada a diversidade. Um dos princípios fundamentais, norteadores do SUS no Brasil, a equidade, positivada no inciso VII, Art. 7º da lei 8.080, abarca o acesso universal e igualitário e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde (23). Para tanto, ultrapassar as desigualdades em saúde implica redistribuição, inclusive, do perfil da oferta de ações e serviços. Enfim, é reconhecer que as desigualdades devem ser superadas de forma a minimizar diferenças.

Acredita-se que o regime fiscal posto se apresenta como entrave para a efetivação do direito à saúde, em razão da perda de recursos, em relação à regra vigente e à redução do gasto público com a saúde (se verificado o PIB), uma vez que não haverá partilha dos ganhos decorrentes do crescimento econômico durante vinte anos. Além disso, aprofundará as iniquidades em saúde na medida que os mais vulneráveis estarão sujeitos à insuficiência da oferta, a escassez ou precária qualidade de serviços públicos de saúde enquanto aqueles que dispõem de recursos financeiros para o mercado privado terão acesso as melhores ações e serviços de saúde e tecnologias mais avançadas. (24)

Conclui-se, portanto, que, de acordo o novo regime, não será possível efetuar o aumento de despesas totais e reais acima da inflação, mesmo se a economia do país estiver em crescimento, o que, inevitavelmente, acarretará a redução de investimentos, sucateamento do SUS, a queda da qualidade de vida da população que está envelhecendo e exigindo aumento de recursos. A EC nº 95/2016 reforça o subfinanciamento da saúde pública, o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado e contribui para a redução do gasto público no total das despesas com a saúde. Um cenário paradoxal para sistema universal e equânime de saúde. (25)





## Conclusão

A construção histórica do SUS, especialmente a partir do Movimento Sanitário, resultou na ruptura de um sistema contratualista, excludente e de financiamento seletivo por um sistema que se quer universal, gratuito e equânime. Apesar de todas as dificuldades para a sua implementação, o SUS tem, hoje, um impacto social de grande importância, como sistema de proteção social, em razão dos resultados obtidos e da abrangência da cobertura alcançada.

O sistema de saúde brasileiro se apresenta como política pública social e instrumento de superação das desigualdades, por meio da equidade institucionalizada nas políticas públicas que são um importante meio de ação estatal em prol do desenvolvimento social, impulsionadas pelos conflitos e disputas.

O gasto público com a saúde que se impõe com a EC <sup>o</sup> 95/2016 mostra-se em desacordo com a política do SUS que visa um atendimento universal e integral para redução das desigualdades. Ter 54% do custeio da saúde com despesas privadas permite inferir que, em razão de falhas estruturais, parte da população recorre aos planos e seguros de saúde, acentuando ainda mais as iniquidades no país, à medida que cria um atendimento desigual àqueles com maior poder aquisitivo, permitindo-os usufruir de melhores serviços, tendo como contrapeso um serviço de diferenciada qualidade aos usuários do SUS. Enfim, o gasto privado maior, por meio de desembolso direto, ou por meio de aquisição de planos e seguros de saúde, e a menor participação de recursos públicos no setor concretizam a forma mais iniqua e excludente de financiamento.

## Referências

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em 14.10.2017
2. Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95 de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.
3. SERAPIONI, Mauro. “Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração” *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1), 187192.
4. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 de junho de 2017.





5. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, 2013. IBGE: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm> Acesso em: 10 de junho de 2017.
6. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria Geral da União “Portal da Transparência”. Disponível em <http://www.portaldatransparencia.gov.br>. Acesso em: 10 de junho de 2017.
7. VIEIRA, Fabiola S.; BENEVIDES, Rodrigo P. S. “Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil”. Nota técnica nº 28. Brasília: IPEA, 2016.
8. Banco Mundial. Disponível em: <https://data.worldbank.org/>. Acesso em: 10 de junho de 2017.
9. VIEIRA, Fabiola S.; BENEVIDES, Rodrigo P. S. “O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado” Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. (3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>. Acesso em: 10 de junho de 2017. 10. Ibidem
10. VIANNA, Solon M. “A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema” In: Saúde e Sociedade. 14(1), 7-22.
11. BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
12. BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
13. BRASIL. Decreto nº 7.827 de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.
14. BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 86 de 18 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica.



15. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Glossário. Disponível em: <[http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario1/glossario\\_view?letra=D](http://www.orcamentofederal.gov.br/glossario1/glossario_view?letra=D)>. Acesso em 10 de junho de 2017.
16. BRASIL. Lei Complementar 101 de 4 de maio de 2012. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
17. Instituto de Estudos Socioeconômicos (2017) Orçamento 2017 prova: teto dos gastos achata despesas sociais e beneficia sistema financeiro. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-do-inesc/2017/marco/orcamento-2017prova-teto-dos-gastos-achata-despesas-sociais-e-beneficia-sistema-financeiro>>. Acesso em 10 de junho de 2017.
18. Ibidem
19. Ministério da Fazenda (2016) “Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais Evolução dos Gastos Públicos Federais no Brasil: Uma análise para o período 2006-15” Secretaria de Política Econômica. Brasília: Ministério da Fazenda Disponível em: [http://www.spe.fazenda.gov.br/notas-erelatorios/relatorio\\_gasto\\_publico\\_federal\\_site.pdf](http://www.spe.fazenda.gov.br/notas-erelatorios/relatorio_gasto_publico_federal_site.pdf). Acesso em: 10 de junho de 2017.
20. Ibidem
21. VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 17, n. 1, p. 58-68, Mar. 2003 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010288392003000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392003000100007&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100007>.
22. BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
23. ROCHA, Luciano V. (2017) A EC 95/16 entre o teto e o assoalho do estado. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI251944,11049A+EC+9516+entre+o+teto+e+o+assoalho+do+estado> Acesso em : 10 de junho de 2017.
24. PIOLA, Sérgio F. et. al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013



## **Participação ou privatização nos serviços públicos de saúde: Uma análise das Organizações Sociais e dos Contratos de gestão.**

Fabírcia Helena Linhares Coelho da Silva Pereira<sup>1</sup>  
Ana Carolina Da Costa De Mesquita

**RESUMO:** O presente trabalho objetiva, por método dedutivo e utilizando-se de pesquisa bibliográfica com base na literatura jurídica e legislação de direito administrativo, constitucional e sanitário, analisar a transferência da execução dos serviços públicos de saúde no Brasil por meio do Contrato de Gestão e os meandros que envolvem esse tipo de gestão de saúde e dos mecanismos mais adequados à participação e ao controle social na gestão do SUS, identificando que o argumento de maior participação da sociedade na Administração Pública não foi cumprido e que há de forma velada uma privatização na execução desse serviço público.

**Palavras-chave:** Gestão dos serviços públicos de saúde. Organização social. Participação Social.

### **Introdução**

A noção de serviços públicos para promoção de atividades estatais visando ao interesse público são ideias que surgem com a criação do Estado Social, como resposta às preocupações mais individualistas do Estado Liberal. Na Constituição Federal de 1988 é possível encontrar a perspectiva de justiça social por meio do modelo de Estado de Bem-Estar Social, mas tal fato não impediu as mudanças que ocorreriam após a sua promulgação nesse quesito.

A ideia de um estado provedor logo sofreu mudanças em razão das perspectivas neoliberais, que trouxeram as concepções de um Estado insuficiente na execução dos serviços públicos. Com a concepção de Estado gerencial fomentou-se a criação do chamado terceiro setor, partindo-se da premissa de que os serviços não essenciais poderiam ser destinados a execução por parte da sociedade civil, fazendo-lhe participar da execução desses serviços.

Assim, sob as premissas de uma concepção de Estado eficiente, as Organizações Sociais, entidades civis sem fins lucrativos qualificadas pela Administração Pública, surgem como medida de execução dos serviços ditos não exclusivos e são resultado de um Plano de Reforma do Estado na década de 90.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Ceará - Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado em Ordem Jurídica Constitucional.  
E-mail: fabriciahc@gmail.com





No que se refere ao direito à saúde, as premissas adotadas da interpretação da CF/88, de que a saúde deve ser garantida pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas que contemplem o acesso universal e igualitário às ações e serviços, sendo a participação da iniciativa privada apenas complementar, faz-nos perceber que medidas que exasperem esses comandos traduzem, afinal, a transferência de uma obrigação estatal, considerada fundante do projeto constituinte brasileiro de um Estado de Bem Estar Social, que determinou ao Estado o dever de prestador de serviços públicos.

### **Metodologia**

A partir de método dedutivo buscou-se analisar a execução dos serviços públicos de saúde pelo terceiro setor.

A pesquisa realizada foi do tipo bibliográfica utilizando as plataformas do banco de dados de artigos e livros dos periódicos da Capes, Scielo, acervo da biblioteca da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará e acervo próprio das autoras, bem como o sítio oficial do Planalto e do Ministério da Saúde nas pesquisas referentes à legislação. Considerando que a discussão sobre o tema abordado é recente, optamos pela não delimitação temporal.

As bases de pesquisa utilizadas foram: SUS, terceiro setor, organização social, contrato de gestão. Utilizaram-se os textos encontrados sobre o tema, excluindo os que não fossem pertinentes a problemática pesquisada, publicados desde a edição da Lei 9.637/98.

### **Discussão e resultados**

A formação do Estado Social está relacionada ao crescimento da necessidade de implementar medidas que efetivam a igualdade, após o declínio das ideias liberais que se apresentaram com base num Estado de Polícia mantedor da liberdade individual e econômica de apenas uma parcela da sociedade (1), e que restringiu a atuação do Estado à defesa mínima dessa liberdade, com destaque a proteção da propriedade e do indivíduo (2).

Essa situação agrava-se pela industrialização e pela urbanização, que atenuaram fortemente os vínculos comunitários e familiares de solidariedade, levando o Poder Público a ter que criar um mínimo aparato de suporte para substituir os antigos vínculos de





solidariedade e manter a proteção à classe burguesa (3). Há, portanto, a substituição do Estado Liberal pelo Estado Social, o de polícia pelo prestador de serviços (4).

Assim, como observado por Barcarollo, a natureza do estado como intervencionista é a garantia da prestação dos serviços públicos, como instrumento da justiça social, passando o Estado de mero protetor, para provedor da justiça e da solidariedade social, ganhando força as ideias da Escola Francesa dos Serviços Públicos de Léon Duguit, segundo a qual os serviços públicos detêm uma grande importância, pois configuram a própria soberania estatal. A justificativa da atuação do Estado passa a ser ligada à prestação de serviços essenciais à população, em prol dos direitos sociais e sua efetivação (5). Essa perspectiva ganha nova roupagem no Século XX, com a noção de Estado de Bem-Estar social. No entanto, com o crescimento de uma nova perspectiva liberal nos anos 40, denominada neoliberalismo, encabeçada pela Escola de Chicago, impulsiona-se a premissa de que o Estado deveria ser mínimo nas prestações sociais, embora figurasse como protetor do mercado e da economia.

Segundo Renato de Andrade (6), quando o Brasil vivia o momento da Constituinte de 1988, dois projetos societários se configuravam no País: um de caráter mais democrático, com mais justiça social, participação política das massas trabalhadoras e progressistas na sociedade civil, e outro de caráter neoliberal, no aspecto do individualismo possessivo, em que o mais forte sobreviveria e as diferenças não seriam respeitadas.

A CF/88 fez clara opção pelo primeiro projeto, ao garantir direitos civis, políticos e sociais dentro da concepção de bem estar social. No entanto, na década de 90, com a ideia de Administração Pública Gerencial, a face social restou prejudicada com a aplicação do modelo neoliberal, já disseminado nos países europeus e nos EUA. Sob essa perspectiva, o serviço público que se caracteriza como uma atividade de competência do Estado na promoção de políticas públicas, essencial no Estado Democrático de Direito, sofre mudanças para na sua realização. O então modelo de administração burocrática passa a ser considerado como um entrave na realização das políticas públicas e dos serviços públicos, servindo de fundamento para o argumento da Reforma do Estado e a gestão dos serviços públicos pela iniciativa privada (7).

Isto porque, a Administração Pública Gerencial consubstancia-se na definição do que se chamou de gestão social ou processos sociais, em que a ação gerencial é desenvolvida sem o caráter burocrático dos procedimentos administrativo, levando-se em conta a



tecnologia dos setores privados como fator contributivo em relação à produtividade e as contribuições ao setor público, na administração das políticas públicas (8). Os contratos de gestão e as organizações sociais representam bem esse intuito de gestão gerencial.

A Organização Social (O.S.), regulada no âmbito federal pela Lei 9.637/98, se constitui como uma instituição privada, sem fins lucrativos, qualificadas pelo Estado para exercerem atividades públicas, por meio de Contrato de Gestão, envolvendo diretamente a sociedade civil nos rumos do Estado, sendo possível para a consecução desse fim, a cessão a essa instituição, de bens públicos móveis e imóveis, bem como servidores públicos.

A qualificação da pessoa jurídica privada como O.S dá a mesma uma série de garantias e cautelas necessárias para que possa executar os serviços públicos, sem prejuízo das flexibilidades que possuem as pessoas jurídicas de direito privado. Seus funcionários, por exemplo, são contratados sem concurso público ou o teste e as compras podem ser realizados sem licitações públicas, tudo isso visando diminuir a temida burocracia “inerente ao Estado”.

Seguindo a perspectiva gerencial, tais situações estão justificadas, pois o foco da atividade estaria em seus resultados e não em processos ou procedimentos para a sua realização. Sob a ótica do plano de reforma do Estado, executado pelo Ministro-Chefe da Casa Civil, Bresser Pereira, a O.S. representa um enfoque à ação pública, em detrimento da estatal (9), assim, o que é público se diferencia do que é Estatal. Daí o porquê do discurso da publicização, que não seria uma privatização.

Essa percepção de uma divisão do que seria público e do que seria ação do Estado, somente destorce a realidade dos fatos nas chamadas atividades não exclusivas, encobrendo a real situação de privatização desses serviços. A ideia de que serviços públicos não exclusivos são realizados com mais eficiência pelo setor não estatal nas atividades não privativas (10) por meio de uma gestão gerencial, tira o foco da real situação da privatização da execução desses serviços.

Pode-se citar como consequência da disseminação das ideias de gestão gerencial e de “Estadofobia” a utilização do terceiro setor como forma de legitimar a desestruturação da Seguridade Social por parte do Estado e ainda a retirada do Estado à responsabilidade da intervenção social e assim da fiscalização de sua execução (11). Nessa perspectiva, o contrato de gestão figura-se como uma privatização da execução dos serviços públicos,



pois apesar da titularidade da atividade ser do Estado, sua execução está sendo realizada pelo setor privado.

O Contrato de Gestão, sem dúvidas, surge da noção de uma parceria entre a sociedade civil e o Estado, possibilitando que aquele participe no planejamento e execução das políticas públicas. Todavia, os principais motivos que fomentam a execução dos serviços públicos por O.S e a forma pelo qual essa execução se realiza é na perspectiva de que o Estado (e o serviço público) precisaria de uma reforma, por não estar apto a exercer suas atribuições, distorcendo os fatos em relação a privatização da execução desses serviços.

Não se pode olvidar que ao Poder Público está reservado o papel de protagonista da prestação de serviços públicos, restando à iniciativa privada, especialmente nos casos de prestação de serviços públicos de saúde, apenas a participação complementar, mediante contrato de direito público ou convênio (art. 199, § 1º combinado com art. 175, CF/88.). Assim, os serviços públicos de saúde, especialmente, face ao seu tratamento constitucional especial dado em razão da relevância pública do direito à saúde (art. 197 CF), não podem ser totalmente delegados à iniciativa privada.

Nesse aspecto, alerta Di Pietro que a Lei 8.080/90 previu, nos artigos 24 a 26, que essa participação complementar se daria quando as possibilidades do Sistema Único de Saúde fossem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, formalizada por contrato ou convênio sob as regras da Lei 8.666/93, assim, o Poder Público não abriria mão da prestação do serviço de sua competência em favor de terceiro ou que terceiros administrem entidade pública prestadora do serviço de saúde. A instituição privada poderia complementar as ações e serviços de saúde em suas próprias instalações e com seus próprios recursos materiais e humanos. Ademais, apenas se admitiria no ordenamento brasileiro a parceria entre público e privado, ou a terceirização, de determinadas atividades materiais ligadas ao serviço de saúde, não podendo haver uma transferência do próprio serviço de saúde como um todo ou de sua gestão (12).

Contudo, a autora sugere que para as organizações sociais se enquadrarem nos princípios constitucionais que regem a gestão do patrimônio público, fundamentais para sua proteção, seria imprescindível que se fizessem alterações na forma de escolha das OS e nos contratos de gestão a fim de que existisse pelo menos: a exigência de licitação para





escolha da entidade e comprovação de que ela já existe com sede, patrimônio e capital próprios; demonstração de qualificação técnica e idoneidade financeira para administrar o patrimônio público; submissão aos princípios licitatórios; limitações salariais quando dependam de recursos orçamentários do Estado para pagar seus empregados; e exigência de garantia a ser dada pela OS, assim como feito nos contratos administrativos. (13)

Ademais, outro fator que denota indevida a total transferência de serviços de saúde às organizações sociais, conforme Gabardo, é o engano que pode levar o discurso gerencial, que relaciona a O.S. com a necessária participação dos cidadãos na execução de serviços públicos (14), pois, por esse modelo, eles passariam a ser agentes ativos na gestão pública não por meio dos mecanismos de participação popular e de participação democrática, inclusive direta, previstos na CF/88, mas pela redução do aparelho do Estado. Tarso Violin pontua que a execução das políticas na área de saúde (da seguridade social como um todo) é um dever principalmente do Estado e não da sociedade, esta pode participar de serviços de saúde, por meio da fiscalização e das políticas, como por exemplo em conselhos gestores da política da saúde com participação popular. (15)

É nesse aspecto das instâncias de controle social por meio de participação popular e democrática como, por exemplo, na participação em conselhos e comissões de saúde, que deveria se dar a participação do cidadão na execução dos serviços públicos e não pela sua privatização. Ocorre que os conselhos de saúde têm função consultiva e muitas vezes pouco efetiva, seja por falta de divulgação, de estrutura, ou incentivo à participação, em face do pouco impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde (16), ou ainda porque os conselheiros não participam de forma ativa, muitos pela ausência de presença física ou pela falta de entrosamento, opinião e manifestação sobre a política de saúde. (17)

Nas comissões intergestores bipartite (CIB) e tripartite (CIT), responsável pelas principais definições na gestão das políticas de saúde dentro do SUS, a participação social se dá apenas de modo indireto, pela pressão popular e pelo voto (18). Assim, de certo modo, pode-se concluir pela inefetividade do controle social sobre a gestão da saúde pública.

Aqui pode estar a raiz do problema da falta de participação social na gestão da saúde pública, não na prestação dos serviços de saúde por organismos em tese representativos dessa participação, como a propaganda gerencial pretende vender, mas no uso indevido dos mecanismos já existentes de participação e controle social no SUS.



## Conclusão

A partir da distorção do projeto de Estado de Bem Estar Social no Brasil, que instituiu uma Administração Pública em que o Estado figurava como prestador de serviços públicos, o discurso pejorativo de Administração Pública vista como burocrática - formal e pouco eficiente sobrepôs esse modelo, materializada pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estatal, sob a perspectiva de reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais, focada no controle de resultados e descentralização, resultando na imposição de diretrizes neoliberais no Estado Brasileiro, tornando-se a privatização dos serviços públicos carro chefe dos primeiros governos democráticos brasileiros.

Nessa perspectiva, uma das medidas implementadas foi a transferência de serviços públicos para serem executados e os recursos públicos geridos pela iniciativa privada, sob a justificativa da democratização dos serviços públicos, ao trazer a sociedade civil para a gestão dos serviços públicos nas chamadas atividades não exclusivas do Estado. O Contrato de Gestão surge assim como forma de operacionalizar essa democratização dos serviços públicos, por meio das organizações sociais, para o exercício de uma atividade dita não exclusiva do Estado, realizando-se uma diferenciação do que seria estatal daquilo que é público, apresentando que haveria preservação do caráter público dos serviços, mesmo sem a participação estatal, para fundamentar a privatização da execução desses serviços.

Buscou-se demonstrar o engodo desse discurso, primeiro por ser incoerente, segundo porque antes não se buscou valorizar e incentivar as demais formas de participação e controle social no Sistema Único de Saúde, que coexistem com a presença do Estado na prestação dos serviços públicos de saúde. Com isso, a disseminação das ideias neoliberais de desprestígio ao Estado enquanto prestador de serviços públicos e ainda de participação popular democraticamente na gestão pública foi tudo que a iniciativa privada, respaldada pelos anseios neoliberais, precisava para justificar que seria aceitável uma afronta ao projeto constituinte de Estado em vigor no Brasil.

## Referências

1. MARTINS, RM. Regulação administrativa a luz da constituição. São Paulo: Editora Malheiros; 2011, p 140/141.
2. WOOD, EMW. Democracia contra o capitalismo: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003, p. 181.



3. ARAGÃO, AS. Direitos dos Serviços Públicos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2013, p. 32.
4. MARTINS, RM. Regulação administrativa a luz da constituição. São Paulo: Editora Malheiros; 2011, p 140/141.
5. BARCAROLLO, F. Os serviços públicos na evolução do estado. Revista Espaço Jurídico. 2013; 14, pp. 603, 605.
6. ANDRADE, R. Serviço Social, gestão e terceiro setor: dilemas nas políticas sociais. 1ª ed. São Paulo: Saraiva; 2015. p. 75.
7. BARCAROLLO, F. Os serviços públicos na evolução do estado. Revista Espaço Jurídico. 2013; 14, p. 614.
8. CABRAL, EHS. Terceiro Setor: Gestão e controle social. 2ª Edição. São Paulo: Saraiva; 2015, p.129.
9. ANDRADE, R. Serviço Social, gestão e terceiro setor: dilemas nas políticas sociais. 1ª ed. São Paulo: Saraiva; 2015. p.86
10. OLIVO, LCC. As Organizações Sociais e o novo espaço público. Editorial Studium; 2005, p. 19.
11. MONTANÕ, C. O lugar histórico e o papel político das ONGs. In\_\_\_\_\_, (org.) O canto da Sereia Crítica à ideologia e aos projetos do “terceiro setor”. São Paulo: Cortez, 2014, p. 87/90.
12. DI PIETRO, MSZ. Parcerias na Administração Pública. São Paulo: Editora Atlas, 2015, pp. 27, 234.
13. \_\_\_\_\_. Parcerias na Administração Pública. São Paulo: Editora Atlas, (2015, pp.,234, 281.
14. GABARDO, E. Interesse Público e Subsidiariedade. Belo Horizonte: Editora Forum, 2009, p. 120.
15. VIOLIN, TC. A Inconstitucionalidade Parcial das Organizações Sociais – OSS. In BLANCHET, LA; HACHEM, DW; SANTANO, AC. (Coord.). Estado, Direito e Políticas Públicas. Curitiba: Editora Íthala, 2014, p. 166, 173.
16. VAN STRALEN, CJ et al . Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11, p. 621-632.
17. COLOMBELLI, J; TORRES, MG. Conselhos Municipais de Saúde: atuação, efetividade e desafios na região do AMMOC. 2017, Online. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-JOVIANE-COLOMBELLI.pdf>. Acessado em 10/10/2017.
18. LEÃO, TM; DALLARI, SG. O poder normativo das comissões intergestores bipartite e a efetividade de suas normas. Revista de Direito Sanitário. 2016; 17, p. 38-53.





## Do financiamento e orçamento da saúde: breves comentários

Maressa Lopes Rezende<sup>1</sup>

**RESUMO:** O presente artigo tem como objetivo explicar brevemente como funciona o financiamento e o orçamento da saúde no Brasil. O acesso universal à saúde pública exige um padrão de financiamento que sacie a necessidade da população, exigindo assim um constante aumento de recursos investidos no SUS. Ademais, o presente artigo discute o orçamento da saúde, com seus dilemas e embates. Empregar-se-á neste trabalho a pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é realizada a partir do levantamento de referências teóricas já examinadas, e propagadas por meios eletrônicos ou escritos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Outrossim, quanto à natureza será utilizada a pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa não se importa com representatividade numérica, mas, sim, com o exame minucioso da compreensão de um grupo social, de uma organização. O resultado alcançado neste artigo foi uma discussão e explicação sobre o orçamento da saúde no Brasil. A conclusão foi no sentido de que a saúde é um direito importante e que os gestores públicos devem deve-se seguir as regras constitucionais e legais na administração do dinheiro público destinado à saúde.

**Palavras-chave:** Financiamento do SUS; Orçamento da Saúde; PEC Teto de Gastos Públicos.

### Do direito à saúde

O artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas (ONU), dispõe que a saúde é um direito de toda pessoa:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948)

Por sua vez, a Carta Magna de 1988 foi a primeira Constituição do país a declarar que o direito à saúde é um direito fundamental:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

---

<sup>1</sup> E-mail: maressa.lopes.rezende@gmail.com



Assim, o Poder Público deve assegurar o direito à saúde. E a maneira como o faz é por meio do Sistema Único de Saúde.

### **Do financiamento do Sistema Único de Saúde**

De acordo com o §1º do art. 198 da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde-SUS é financiado, além de outras fontes, com os recursos do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, os quais são "depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde", segundo o estabelecido no art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Na esfera federal, os recursos do SUS, originários do Orçamento da Seguridade Social, são administrados pelo Fundo Nacional de Saúde e sua gestão deverá observar o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do Ministério da Saúde.

1. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, tratou, nos artigos 3º e 4º c/c inciso IV e parágrafo único do artigo. 2º, do repasse fundo a fundo dos recursos destinados à cobertura das ações e serviços de saúde.

### **Do orçamento da saúde.**

Neste sentido, a fim de financiar o SUS, o Poder Público deve, todos os anos, gastar uma porcentagem de seu orçamento público.

Orçamento Público de acordo com o Portal do Ministério do Planejamento é[1] :

Um instrumento de planejamento governamental em que constam as despesas da administração pública para um ano, em equilíbrio com a arrecadação das receitas previstas. É o documento onde o governo reúne todas as receitas arrecadadas e programa o que de fato vai ser feito com esses recursos. É onde aloca os recursos destinados a hospitais, manutenção das estradas, construção de escolas, pagamento de professores. É no orçamento onde estão previstos todos os recursos arrecadados e onde esses recursos serão destinados.

Ademais, há um piso de gastos para a saúde que deve constar nos orçamentos públicos.



Até o ano de 2015, a despesa mínima com saúde deveria crescer de acordo com a variação nominal do PIB (e se a variação fosse negativa, o piso seria o mesmo valor do ano anterior).

Por sua vez, o orçamento de 2017 para a Saúde deveria ser equivalente a 13,7% das receitas correntes líquidas (o total arrecadado pela União menos os repasses para estados e municípios.)

Entretanto, a partir da promulgação da PEC dos gastos públicos houve uma modificação substancial no orçamento destinado à saúde pública.

Com a emenda, em 2017, sobe para 15% o gasto mínimo que deverá ser realizado pela União. A contar do orçamento de 2018, a emenda estipula o valor mínimo deverá ser o total gasto nos 12 meses anteriores até junho reajustado pela variação do IPCA no período.

A finalidade do teto é conter a dívida pública que, de acordo com o FMI, deve corresponder a 78,3% do PIB ainda este ano e pode chegar a 93,6% do PIB até 2021.

### **Das transferências obrigatórias**

Todos os entes da federação devem aplicar recursos na saúde pública. No entanto, o art. 198, § 3º, II, da CF/88, determinou que, da verba da União vinculada à saúde (art. 5º, “caput”, da Lei Complementar nº 141, de 2012), deve o ente federal obrigatoriamente destinar parte desses recursos aos Estados, Distrito Federal e Municípios para aplicação na saúde, objetivando a progressiva redução das disparidades.

O art. 2º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, corroborando o que dispõe o art. 198, § 3º, II, da CF/88, determina que os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.





A transferência a que se refere o art. 198, § 3º, da Constituição Federal, tem como origem o montante que a União deve aplicar anualmente em ações e serviços de saúde, por determinação do art. 198, § 2º, I, da CF/88 c/c art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Ao revogar tacitamente o art. 3º da Lei 8.142, de 1990, e expressamente o § 1º da Lei nº 8.080, de 1990, o art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 2012, estabeleceu a nova forma de repasse dos recursos de saúde da União, em cumprimento ao disposto no art. 198, 3º, II, da CF/88, nos seguintes termos:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde. ”

O art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, por sua vez, trazendo segurança jurídica ao sistema, estabeleceu quais seriam essas despesas com ações e serviços públicos de saúde e, por conseguinte, em uma interpretação sistemática, o que seria recurso de transferência obrigatória:

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;



II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Assim, as verbas repassadas pela União aos Estados, Distrito Federal e Municípios para as finalidades descritas no art. 3º da referida lei são, por força do art. 198, § 3º, da CF/88 c/c o art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 2012, transferências constitucionais obrigatórias, que devem ser realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde na modalidade fundo a fundo, conforme determina o seu art. 18.

### **Das transferências voluntárias de recursos financeiros**

Segundo dispõe o art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), “entende-se por transferência voluntária a entrega de



recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde."

Atualmente, os instrumentos utilizados para formalização de transferências voluntárias são o termo de convênio, o contrato de repasse acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, todos regulados pelo Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007.

Verifica-se que o art. 25 da mencionada lei exclui expressamente do conceito de transferência voluntária aquela decorrente de determinação constitucional, legal ou destinada ao SUS.

Isso permite concluir e confirmar o que foi dito no tópico anterior no sentido de que todos os recursos referentes às ações e serviços de saúde previstos no art. 3º, da Lei Complementar nº 141, de 2012, que a União tem que transferir por força da previsão constitucional expressa no art. 198, § 3º, II, c/c art. 17 da citada lei são de transferência obrigatória, já que decorrem de determinação constitucional e, concomitantemente, são destinados ao SUS.

Por consequência, o repasse desses recursos não deve ser feito por termo de convênio, contrato de repasse, ajuste ou outro instrumento congênere, mas por repasse na modalidade fundo a fundo, conforme acertadamente preceitua o art. 18 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

No que concerne ao critério relacionado à alocação como ações e serviços de saúde, destaca-se, para efeito de classificação, o rol previsto no artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde.

Por conseguinte, são assim considerados: ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Ainda, pode haver dispêndio concernente à participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; à ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; vigilância nutricional e orientação alimentar; colaboração na proteção do meio ambiente; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para saúde; fiscalização de alimentos, água e bebidas para o consumo humano; participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; desenvolvimento científico e tecnológico; formulação e execução da política de sangue e seus derivados.





Dessa forma, os recursos federais são constituídos, organizados e transferidos em blocos de financiamento, de modo que o uso de tais recursos fica adstrito a cada bloco, atendendo as especificidades nele previstas.

De acordo com o artigo 4º da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, os blocos de financiamento são os seguintes: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, cabendo enfatizar que "os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco".

O §2º do artigo 6º da referida Portaria dispõe sobre a vedação da utilização dos recursos referentes aos blocos de financiamento para determinadas circunstâncias, nos seguintes termos:

“Art. 6º [...]

§ 2º Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desse para pagamento de:

I - servidores inativos;

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

IV - pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e

V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.”

Vê-se que os recursos federais transferidos aos fundos estaduais e municipais de saúde tão somente poderão ser aplicados nas ações e serviços de saúde, explicitados no art. 6º da Lei Orgânica de Saúde. Igualmente, registram-se, ainda, duas observações: I- não há como aplicar tais recursos quando configurada alguma das vedações previstas no § 2º do artigo 6º da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017; e II- os



recursos referentes aos blocos de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

### **Considerações Finais**

Para finalizar, conclui-se que o direito à saúde é um direito de todos e que os gestores devem assegurá-lo por meio de políticas públicas que atendam às necessidades da população.

Ademais, deve-se seguir as regras constitucionais e legais na gestão do dinheiro público destinado à saúde. Quanto às decisões acerca dos investimentos dos recursos públicos, é necessário que haja transparência para viabilizar o controle por parte da sociedade.

Isso, porque a efetivação dos direitos reconhecidos pela Constituição, encontram-se cingidos às escolhas políticas, e tratando-se de um Estado Democrático, as decisões devem ser informadas à população, que é o destinatário por excelência das razões e justificações.[2]

### **Referências**

1. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/orcamento-da-uniao/conceitos-sobre-orcamento/o-que-e-orcamento-publico>>. Acesso em 12/10/2017.
2. Sarlet IW, Figueiredo MF. Reserva do Possível, mínimo existencial e o direito à saúde: algumas aproximações. In: Sarlet IW, Timm LB, organizadores. Direitos Fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. 2ªed. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2013. p. 13-50



## **A problemática do desabastecimento de medicamentos, no âmbito do Poder Público, em razão da falta de planejamento estruturado das licitações.**

Sheyla Suruagy Amaral Galvão do Vale  
Thaiana Coelho Midlej<sup>1</sup>

**RESUMO:** A concretização do direito à saúde pelo Poder Público ainda é um dos assuntos mais controversos e questionados da atualidade, uma vez que não é só a falta de planejamento e desídia do Administrador Público em efetivar as políticas públicas que geram o caos nesta seara, principalmente quando trata-se de fornecimento de medicamentos à população. O problema vai muito mais além, acarretando em um estado de violação massiva e sistêmica do direito fundamental à saúde em decorrência dos bloqueios políticos institucionais. Assim, o presente articulado tem por objetivo apresentar as dificuldades e soluções quanto ao planejamento e gestão da Administração Pública, através de análise crítica com pesquisa doutrinária e jurisprudencial, concluindo-se que somente com mais eficiência na formulação de políticas públicas, com proposição de critérios e parâmetros, será efetivada a aquisição tempestiva dos medicamentos e outros materiais hospitalares, evitando-se, assim, o seu desabastecimento e que o acesso a serviços de saúde se transforme em mais um fator de iniquidade.

**Palavras-chave:** saúde; gestão; planejamento; licitação.

A judicialização do direito à saúde ainda é tema que ocupa, em larga medida, o Judiciário brasileiro, pois o Poder Executivo, responsável direto pela efetivação de políticas públicas dessa natureza, ainda sofre consequências de sua desídia em se organizar administrativamente. Neste viés, não é difícil colher dos noticiários informações relativas à falta de compostos medicamentosos básicos no âmbito do sistema público de saúde (1), por exemplo.

O desabastecimento das farmácias que integram as estruturas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios praticamente inviabiliza os serviços de atendimento médico/hospitalar, mormente aqueles de urgência (2). Ocorre que, em inúmeros casos, a dificuldade de aquisição dos medicamentos advém da falta de planejamento estruturado do Poder Público, haja vista que, mesmo com a estimativa dos atendimentos, em cada área específica, os órgãos deixam de deflagrar certames para regularizar a distribuição de remédios e outros materiais hospitalares, principalmente com a falta de atas de registro de preços de medicamentos e insumos de sua responsabilidade, segundo a Lei 8.080/90 e a lista REMUME.

<sup>1</sup> Universidade Santa Cecília - Santos/SP. E-mail: thaimidlej@hotmail.com





A despeito disso, não se pode olvidar que a compra de medicamentos, no Brasil, esbarra em uma série de dificuldades, dentre as quais se insere o conluio entre sociedades empresárias farmacêuticas, as quais, em certas ocasiões, nem mesmo participam dos certames, a fim de forçar uma contratação emergencial com preços mais elevados que aqueles tradicionalmente praticados no mercado. Tal fato, porém, não exime os gestores que, quando não mancomunados com os fornecedores de medicamentos, agem com negligência na busca por soluções concretas para o problema do desabastecimento.

Nessa linha de inteligência, cumpre lembrar que o Tribunal de Contas da União (3) tem entendimento consolidado sobre a possibilidade de contratação emergencial, ainda que o fato ensejador da necessidade pública tenha sido decorrente da falta de planejamento, da desídia administrativa ou da má gestão dos recursos públicos pelo gestor.

No entanto, tal posicionamento não convalida a conduta omissiva do administrador, uma vez que esta não pode vir em prejuízo do interesse maior tutelado pela Administração, qual seja a coletividade. Sendo assim, o mesmo Tribunal de Contas reporta-se pela apuração da responsabilidade do servidor, em caso de inércia dolosa ou culposa, através de regular processo administrativo.

É verdade que, na concepção acertada do TCU, os cidadãos não podem ser prejudicados por um ato espúrio do administrador público, a exemplo do caso de omissão no adequado gerenciamento do estoque de medicamentos. Todavia, a dispensa de licitação jamais poderá emergir como regra para as compras de materiais hospitalares, tal como vem ocorrendo, diuturnamente, no Brasil, visto que o art. 24, da Lei 8.666/93 - Lei Geral de Licitações - limita o quantitativo a ser adquirido ao que for estritamente necessário para sanar a situação excepcional, devendo ser instaurado, de logo, o regular processo licitatório.

Constata-se, desta feita, que não há como abastecer os principais centros de saúde apenas com quantitativos fracionados de maneira irregular, por ducto de contratação emergencial, sob pena de persistir o desfalque de materiais hospitalares tão caros à concretização do direito à saúde.

Ademais, é inadmissível, nesse contexto, o fracionamento de licitação, para fins de contratação direta em razão do valor. Recentemente, a título de informação, tal situação foi objeto de investigação no Estado de Alagoas tanto pela Controladoria Geral da União



quanto pela Polícia Federal, o que se constatou um prejuízo da ordem de mais de 230 milhões de reais (4) ao Erário, e, conseqüentemente, à população alagoana.

O que se vislumbra, inevitavelmente, é a configuração de um estado de coisas inconstitucional na saúde, haja vista a crise abranger a dificuldade estratégica dos três Poderes, em adotar soluções efetivas que apaziguem o atual estado caótico do gerenciamento da saúde.

Rodríguez Garavito e Rodríguez Franco (5) defendem que estes casos estruturais são caracterizados por: i) afetar um número amplo de pessoas que alegam a violação de seus direitos, diretamente ou através de organizações que litigam em sua causa; ii) envolver várias entidades estatais como demandadas por serem responsáveis pelas falhas sistemáticas de políticas públicas, e iii) implicar ordens de execução complexas, as quais o juiz da causa decide a várias autoridades públicas a empreender ações coordenadas para proteger toda população afetada, e não somente as partes do caso concreto.

Em sua evolução jurisprudencial, o ECI teve sua consolidação de requisitos para declaração formal pela CCC na decisão T-025 de 2004 (6), quais sejam: i) violação massiva e generalizada de vários direitos constitucionais que afeta a um número significativo de pessoas; ii) a prolongada omissão das autoridades no cumprimento de suas obrigações para garantir os direitos; iii) a adoção de práticas inconstitucionais; iv) a não expedição de medidas legislativas, administrativas e orçamentárias necessárias para evitar a violação dos direitos; v) a existência de um problema social cuja solução depende da intervenção de várias entidades, requer a adoção de um conjunto complexo e coordenado de ações e exige um nível de recursos que demanda um esforço orçamentário adicional importante e vi) um iminente congestionamento judicial pelo número alto de ações propostas.

Seguindo em convergência ao entendimento pelo estado de coisas inconstitucional, no caso retratado da saúde no Estado de Alagoas, a Procuradoria Geral do Estado de Alagoas (7), em parecer proferido pontuou a configuração fática desse estado de coisas inconstitucional na saúde pública. No teor de seu posicionamento, trouxe à baila a necessidade dos três Poderes na atuação em conjunto com o fim de cessar a falta de medicamentos, sucateamento de hospitais, ausência de profissionais de saúde, além de outras medidas necessárias para tal.



É de conhecimento que o Executivo, muitas vezes, sofre com as dificuldades para a implementação de todas as políticas públicas necessárias ao regular aparato da saúde. Dentre elas, destaca-se o agravamento desta crise pelo Judiciário, quando este Poder profere, crescentemente, liminares desprovidas do necessário impacto financeiro ao Erário.

O resultado dessa microvisão do Judiciário, ao conceder tutelas específicas indiscriminadamente, acarreta em uma interferência negativa no plano governamental de ações e serviços que devem ser oferecidos à população como um todo (macrovisão), uma vez que contingencia verbas de destinações mais amplas para cumprir às determinações judiciais. Ainda, segundo Sampaio (8), a gestão dos recursos públicos e a visão transversal das políticas públicas, não são de conhecimento do Estado-juiz, de modo que o cumprimento das decisões em caráter individual, pode não só comprometer a integridade das políticas públicas de saúde como também de outras áreas.

Por outro lado, nota-se a omissão do Legislativo na realização de seu papel fiscalizatório e na edição de enunciados normativos mais consentâneos com o total cumprimento do desígnio constitucional, sobressaindo-se a ausência até o presente momento da Lei Complementar regulamentando a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no âmbito da saúde, conforme art. 23, parágrafo único da Constituição Federal.

Desse modo, vislumbram-se reiteradas violações ao direito fundamental grafado no art. 196, da Constituição Federal, gerando, assim, o estado de coisas inconstitucional.

É salutar, portanto, que os gestores atuem de maneira eficiente, de modo a possibilitar a aquisição tempestiva dos medicamentos e outros materiais hospitalares, com o escopo de evitar o desabastecimento.

O primeiro passo é fazer uma pesquisa detalhada dos tipos de demandas que são dirigidas à Administração Pública, a fim de estimar quais os quantitativos necessários para atender, no mínimo, um ano de fornecimento contínuo. A despeito de alguns gestores alegarem a impossibilidade de realização de um planejamento que espelhe, verdadeiramente, a realidade, em face das constantes determinações judiciais, o que se pretende é, pelo menos, diminuir as interrupções das distribuições e minorar o volume de contratações emergenciais.

Existem ferramentas à disposição do gestor para, levando-se em conta uma demanda em potencial, viabilizar a contratação daquilo que for necessário ao atendimento da





necessidade pública. O registro de preços, expressamente consignado na Lei 8.666/93, em seu artigo 15, é um instrumento efetivo que se adequa ao planejamento estratégico imprescindível ao abastecimento dos órgãos de saúde, até porque a existência de preços registrados não obriga a Administração a firmar contratações que deles poderão advir.

Lado outro, é fundamental que se investiguem as sociedades empresárias que não participam dos certames licitatórios de medicamentos, mas, com frequência, são contratadas em procedimentos emergenciais. Não é crível que as licitações sejam desertas e, posteriormente, surja uma série de interessados em vender tais produtos para a Administração Pública, através de procedimento de dispensa de licitação.

Nesse ponto, é fundamental que se crie uma rede estruturada entre vários órgãos (Controladoria, Advocacia Pública, Tribunal de Contas, Ministério Público, Polícia Civil e Federal, dentre outros), com o intuito de coibir rotineiros desvios e impropriedades na gestão da saúde, bem como de facilitar o intercâmbio de informações, para que se tenha uma atuação preventiva.

Ademais, é de substancial importância que os servidores responsáveis pela aquisição de medicamentos sejam adequadamente treinados, em um modelo de compliance no serviço público, de modo a garantir que exista um programa de integridade, com padrões éticos suficientes a alterar modelos de conduta acostumados à ineficiência. Afinal de contas, de nada adianta impor rotinas de trabalho profícuas, se os servidores estão atuando em contrariedade aos interesses da Administração. Sobre o compilando, no âmbito da Administração Pública, posiciona-se Ricardo Breier (9):

Desta feita, se agiganta como o grande desafio da Administração Pública brasileira na atualidade a implantação de programas de compliance de natureza pública, pormenorizadamente customizados para a realidade estatal, não apenas aproveitando a riqueza da experiência vitoriosa no combate à corrupção advinda do setor privado no além-mar, como igualmente criando estruturas responsáveis pela educação efetiva do gestor público, forte na criação de uma cultura de boa governança. Frisamos aí a palavra “efetiva”, uma vez que tudo o que foi feito até aqui simplesmente falhou, não apenas pela falta de densidade em seu conteúdo, como pela ausência de sinceridade de propósitos na efetivação dos códigos de conduta. Aliás, nossa história é rica na produção de normas “para inglês ver”.

Postas tais considerações, percebe-se o quão amplo é o problema do desabastecimento dos órgãos de saúde das diversas esferas federativas, de tal sorte que não se trata apenas de mero planejamento estrutural das licitações e compras, mas sim de



uma mudança no conjunto de procedimentos hábeis a gerar mais eficiência para a atividade administrativa, evitando, assim, o esfacelamento do orçamento estatal. E, o mais importante, tudo em prol da concreção do direito fundamental de todo e qualquer cidadão, o direito à saúde.

## Referências

1. <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2017/08/mesmo-com-milhoes-gastos-falta-o-basico-no-hospital-geral-de-alagoas.html>. Acesso em 13/10/2017
2. [http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2015/04/27/interna\\_vidaurbana,573117/desabastecimento-de-medicamentos-na-farmacia-de-pernambuco-penaliza-pacientes.shtml](http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2015/04/27/interna_vidaurbana,573117/desabastecimento-de-medicamentos-na-farmacia-de-pernambuco-penaliza-pacientes.shtml). Acesso em 13/10/2017
3. Acórdão 2240/2015-Primeira Câmara, TC 019.511/2011-6, relator Ministro Benjamin Zymler, 28.4.2015.
4. <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/policia-federal-cumpre-mandados-de-busca-e-apreensao-na-secretaria-da-saude-de-alagoas.ghtml>. Acesso em 13/10/2017
5. RODRÍGUEZ GARAVITO, Cesar.; RODRÍGUEZ FRANCO, Diana. . Cortes y cambio social. Cómo la Corte Constitucional transformo el desplazamiento forzado em Colombia. Bogotá: Colección de Justicia, 2010. Disponível em: <[https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi\\_name\\_recurso\\_185.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_185.pdf)
6. \_\_\_\_\_. Sentencia de Tutela –T- 025.Bogotá. Relator: Ministro Manuel José Cepeda Espinosa. Disponível em : < <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/t-1030-03.htm>>. Acesso em: 25 jul.2017.
7. PARECER PGE/ASS N° 139/2015 (Diário Oficial de Alagoas de 15/12/2015).
8. SAMPAIO, José Adércio Leite. Teoria da Constituição e dos Direitos Fundamentais. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.
9. <https://www.conjur.com.br/2015-ago-20/ricardo-breier-compliance-setor-publico-desafio-pais>. Acesso em 13/10/2017



## Controvérsia acerca do mínimo constitucional em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2016: Considerações jurídicas

Eduardo Monteiro de Barros Cordeiro<sup>1</sup>

**RESUMO:** O artigo tem como escopo analisar o valor mínimo constitucional de recursos públicos a serem empregados em ações e serviços públicos de saúde no exercício 2016, o qual sofreu alteração pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 e gerou enorme controvérsia na determinação de quais exercícios sofrerão a alteração orçamentária. A saúde, como direito social de status constitucional, é tema que está em constante debate e, dado seu caráter de prestação estatal universal, a aplicação do seu regramento jurídico tem capacidade de influenciar diretamente milhões de cidadãos. O aumento do percentual a ser aplicado no orçamento da saúde foi objeto de diferentes interpretações, tanto por órgãos públicos, como pela sociedade civil. Uma interpretação aduz que a emenda se destinou a alterar o percentual mínimo a ser aplicado a partir do exercício de 2017, enquanto outra defende que a emenda alterou o percentual já para o exercício de 2016, apesar de ter sido promulgada nos últimos 15 dias desse ano. A diferença entre essas teses significa financeiramente em, aproximadamente, R\$ 2 (dois) bilhões de reais no orçamento da saúde. A questão é analisada pela hermenêutica constitucional, sob o prisma da teoria da sociedade aberta de intérpretes da Constituição (Peter Häberle) e pelos princípios orçamentários, da segurança jurídica e da separação dos poderes. Muito além da pura e simples interpretação de texto normativo, essa discussão toma contornos próprios, uma vez que tem como pano de fundo a oferta de serviços públicos de saúde, área que ainda demanda grande evolução de gestão pública, e, conseqüentemente, é alvo de constante controle social.

**Palavras-chave:** Direito Constitucional. Orçamento. Ações e Serviços Públicos de Saúde. Hermenêutica.

### Introdução

O presente estudo tem por finalidade examinar questões relacionadas à aplicação do valor mínimo constitucional de recursos públicos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), no que se refere ao percentual definido pela Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 15 de dezembro de 2016.

O direito à saúde foi positivado no art. 6º da Constituição como um direito social, o art. 196 da CRFB estabelece ser dever do Estado adotar políticas sociais e econômicas para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como indica, em seu artigo 198, inciso I, que as ações e serviços públicos de saúde seguem a diretriz do “atendimento

---

<sup>1</sup> Advocacia-Geral da União. E-mail: eduardombcordeiro@hotmail.com





integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

As disposições supracitadas demonstram que optou-se politicamente, na ocasião do estabelecimento da ordem constitucional brasileira, em conferir importância central à atuação do Estado para assegurar o direito à saúde. Como consequência lógica, o desafio que exsurge-se imediatamente após essa opção é o de garantir os recursos públicos necessários para a concretização dessa tarefa.

Nesse contexto, com o advento da EC nº 29, de 2000, os entes federados tiveram sua participação no financiamento da saúde vinculada a um percentual mínimo específico. Conforme estabelecido pelo art. 198, § 2º, inciso I, da Constituição (com a redação dada pela referida emenda), no caso da União, a forma de cálculo seria definida nos termos de Lei Complementar. À época, a regulamentação ficou a cargo do art. 5º da LC nº 141/2012, que atrelou a participação da União ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB).

Já em 2015, foi publicada a EC nº 86, que alterou o art. 198 da Constituição e estabeleceu, no caso da União, a aplicação de recursos em saúde em percentual não inferior a 15% da receita corrente líquida (RLC) do respectivo exercício financeiro. Não obstante, a referida Emenda trouxe, em seu art. 2º, regra de transição estipulando que percentual de 15% da RLC seria alcançado progressivamente, ao longo de cinco anos, iniciando em 2016 com o valor de 13,2%.

### **Controvérsia acerca da interpretação da EC nº 95/2016**

Em 15 de dezembro de 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95, que, em seu art. 3º, revogou a regra de transição prevista no art. 2º, da EC nº 86/2015 – que estipulava os percentuais aplicáveis aos exercícios de 2016 a 2020.

A fixação do mínimo em ASPS para os exercícios de 2017 e posteriores foi tratada expressamente com a inclusão do art. 110, do ADCT. Não houve, contudo, previsão expressa acerca regra aplicável ao exercício de 2016 no texto da EC nº 95/2016.

A partir dessas alterações, o texto constitucional foi alvo de duas interpretações jurídicas. A primeira entende que a referida emenda se destinou a alterar o percentual mínimo a ser aplicado em ASPS a partir do exercício de 2017. Outra interpretação é de que a EC nº 95/2016 alterou esse percentual já para o exercício de 2016, apesar de ter sido promulgada nos últimos 15 dias do ano.



O Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo (MPCSP) entendeu que o percentual mínimo a ser aplicado em ASPS no ano de 2016 seria de 15%. Assim, considerando que em 2016 a aplicação em ASPS da União apurada como proporção da receita corrente líquida foi o equivalente a 14,70%<sup>2</sup>, o MPCSP elaborou representação ao Ministério Público Federal em São Paulo, solicitando, entre outros pedidos, a apuração das “irregularidades perpetradas pela União quanto ao dever de financiamento mínimo das ações e serviços públicos de saúde”.

Por sua vez, o Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas da União (MPCTCU) encampou a denúncia<sup>3</sup> apresentada pelo MPCSP, no sentido de que o percentual mínimo a ser aplicado em ASPS no ano de 2016 seria de 15%. Assim, formalizou-se representação em razão de “indícios de déficit na aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde pela União no exercício financeiro de 2016”.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), com base no Parecer Conclusivo elaborado por sua Comissão de Financiamento, reprovou<sup>4</sup> o Relatório Anual de Gestão de 2016 do Ministério da Saúde, fundamentando essa decisão, entre outros argumentos, no desrespeito à aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde.

Por outro lado, a Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde entendeu que para o ano de 2016 a regra estabelecida pela EC nº 86, de 17 de março de 2015, é 13,2% da RCL .

Nesse mesmo diapasão, a Advocacia-Geral da União, por meio de seu órgão setorial – Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde – emitiu parecer jurídico<sup>5</sup> opinando que o mínimo constitucional a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, para o exercício financeiro de 2016, equivale a 13,2% da RLC<sup>6</sup>.

Por fim, o Tribunal de Contas da União, em despacho emitido no bojo da representação formulada pelo MPCTCU<sup>3</sup>, entendeu que mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde para o exercício financeiro de 2016 corresponde ao percentual de 13,2% da RLC.

---

2 Dado constante na representação do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo ao Ministério Público Federal em São Paulo, de 28 de abril de 2017.

3 Processo no TCU: TC 011.936/2017-7

4 ATA DA 295ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS: “(...) Deliberação: aprovada, com 28 votos favoráveis, um voto contrário e cinco abstenções, a resolução do CNS que reprova o RAG 2016 do Ministério da Saúde.”

5 Nota Técnica nº 04/2017/SPO/SE/MS

6 PARECER n. 00440/2017/CONJUR-MS/CGU/AGU, subscrito pelo autor



## **Execução Orçamentária e o Princípio da Anualidade**

A atuação estatal está intrinsecamente ligada a consecução de seus objetivos fundamentais expressos no art. 3º da Constituição. Neste viés, a atividade financeira consiste na materialização dessa atuação, tendo disciplina e tratamento próprio no ordenamento jurídico.

Destarte, conforme redação do art. 34 da Lei nº 4.320/64, o exercício financeiro coincide com o ano civil. Tal previsão é a positivação do Princípio da Anualidade, que estipula a periodicidade de elaboração e avaliação de planos de governo, bem como o estabelecimento de metas e prioridades. Portanto, todo o planejamento dos gestores e os programas executados nas diversas áreas de atuação estatal consideram as estimativas de receita e fixação de despesas no intervalo de um ano.

Vale destacar que o princípio da anualidade orçamentária tem status constitucional, porquanto a própria Constituição, nos arts. 165 a 167, deixa evidente a aplicação desse princípio quando traz regras no sentido de que o planejamento orçamentário deve ocorrer ano a ano por meio da lei de diretrizes orçamentárias e, principalmente, da lei orçamentária anual.

Por conseguinte, não é possível entender que a EC nº 95/2016 objetivou alterar significativamente o percentual mínimo a ser aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde do exercício de 2016 nos últimos 15 (quinze) dias do próprio ano. Tal interpretação vai de encontro a todo regramento orçamentário vigente no país, inclusive constitucional.

Não se descuida que a própria legislação prevê mecanismo para a realização de "ajustes" na Lei Orçamentária Anual (LOA). Neste aspecto, os chamados créditos adicionais são utilizados quando há necessidade de realização de despesa não autorizada na LOA. Contudo, os créditos adicionais seguem o mesmo rito de apreciação e aprovação da Lei Orçamentária Anual, conforme redação do art. 166 da Constituição.

Dessa forma, mostra-se inviável, no caso sub examine, o cumprimento de todo o rito legislativo de propositura, apreciação e votação, para o dispêndio de, aproximadamente, R\$ 2 (dois) bilhões – valor que teria que ser gasto a mais com saúde caso prosperasse a interpretação de que o mínimo constitucional em ASPS no exercício de 2016 devesse ser 15% –, com o exíguo prazo de 15 (quinze) dias.





Cumprir destacar que, na ocasião da promulgação da EC nº 86/2015, a Advocacia-Geral da União já havia proferido entendimento semelhante no PARECER n. 00465/2015/PFF/CGJOE/CONJUR-MP/CGU/AGU.

## **Segurança jurídica e a Separação dos Poderes**

Além de respeitar previsões orçamentárias específicas, a interpretação da EC nº 95/2016 também deve observar o postulado da segurança jurídica. Sobre o tema, assim leciona Gilmar Ferreira Mendes<sup>7</sup>:

A ideia de segurança jurídica torna imperativa a adoção de cláusulas de transição nos casos de mudança radical de um dado instituto ou estatuto jurídico.

Daí por que se considera, em muitos sistemas jurídicos, que, em casos de mudança de regime jurídico, a não adoção de cláusulas de transição poderá configurar omissão legislativa inconstitucional grave.

As alterações legislativas, portanto, devem observar os fatos já consolidados, observando a estabilidade das relações jurídicas. In casu, a interpretação de que a EC nº 95/2016 estabeleceu o percentual de ASPS para o exercício de 2016 não é aceitável frente ao postulado da segurança jurídica.

No ponto, é inócua qualquer discussão a respeito de que o Poder Executivo teria ciência do processo legislativo que culminou com a aprovação da EC nº 95/2016. Com efeito, a Administração deve se pautar pelo cumprimento das normas vigentes, não cabendo ao gestor fazer prognósticos sobre deliberação futura afeta ao Poder Legislativo.

Dessa forma, vislumbra-se ainda afronta à separação dos poderes caso seja adotada essa interpretação. Isto porque a edição de Emenda à Constituição, conforme disciplina do art. 60, consiste em ato típico do Poder Legislativo, dispensando inclusive a sanção presidencial. Logo, não pode o Poder Legislativo criar exigências inexecutáveis ao Poder Executivo, deixando-o à margem de todas as consequências e penalidades advindas desse fato.

## **Interpretação Conforme à Constituição e Mens Legis**

---

<sup>7</sup> Mendes, Gilmar Ferreira. Curso de direito constitucional. 9. ed. São Paulo : Saraiva, 2014.



Conforme relatado acima, a interpretação que pretende aplicar a regra de ASPS da EC nº 95/2016 no próprio exercício de 2016 não é viável juridicamente. Contudo, este entendimento não conduz, necessariamente, à ideia de que a EC nº 95/2016 padece de vício de inconstitucionalidade. Doutro modo, cabe aplicação da interpretação conforme à Constituição, como técnica de hermenêutica, a fim de se preservar a validade da referida

### **Emenda Constitucional. Assim leciona Gilmar Mendes sobre a interpretação conforme à Constituição<sup>8</sup>:**

No âmbito sobretudo da interpretação das leis – posto que também seja pertinente para a compreensão de normas editadas pelo poder constituinte de revisão em face de limitações estabelecidas pelo poder constituinte originário –, há ainda a considerar o princípio da interpretação conforme a Constituição.

Não se deve pressupor que o legislador haja querido dispor em sentido contrário à Constituição; ao contrário, as normas infraconstitucionais surgem com a presunção de constitucionalidade. Daí que, se uma norma infraconstitucional, pelas peculiaridades da sua textura semântica, admite mais de um significado, sendo um deles coerente com a Constituição e os demais com ela incompatíveis, deve-se entender que aquele é o sentido próprio da regra em exame – leitura também ordenada pelo princípio da economia legislativa (ou da conservação das normas).

Segundo Mendes no trecho citado acima, esta técnica é cabível inclusive para interpretações das Emendas Constitucionais face às normas originárias da Constituição. Cabe ressaltar, ainda, que não é somente o Poder Judiciário que pode recorrer à interpretação conforme à Constituição na aplicação das normas, de modo que a Administração também pode se valer deste princípio hermenêutico. Conforme explica Sarmiento<sup>9</sup>

Finalmente, cabe observar que a interpretação conforme à Constituição, como princípio hermenêutico, não se direciona apenas ao Poder Judiciário. Todos os que interpretam e aplicam as normas jurídicas, como a Administração Pública e mesmo os

---

<sup>8</sup> Gilmar Mendes, op. cit.

<sup>9</sup> Sarmiento, Daniel; Souza Neto, Cláudio Pereira de. Direito constitucional: teoria, história e métodos de trabalho. 1. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2012



particulares, devem fazê-lo de acordo com a Constituição, preferindo sempre as exegeses legais que mais prestigiem os comandos constitucionais.

É forçoso reconhecer que a interpretação conforme à Constituição é plenamente aplicável ao caso em análise. Logo, deve-se conferir o entendimento de que a EC nº 95/2016 se destinou a alterar o percentual mínimo a ser aplicado em ASPS a partir do exercício de 2017, aplicando a exegese compatível com os comandos constitucionais.

Cumpra mencionar que este último entendimento também se coaduna com o sentido da norma (*mens legis*). Percebe-se que a EC nº 95/2016 teve a preocupação de dispor sobre às aplicações mínimas em ASPS nos exercícios financeiros futuros. Com efeito, incluiu-se o art. 110 no ADCT com a previsão de que, no Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde tem novo regramento a partir do exercício de 2017.

Convém transcrever ainda trechos do parecer final do Relator, Deputado Darcísio Perondi, na Comissão Especial relativa à PEC nº 241-A, de 2016<sup>10</sup>:

Nesse sentido, adotar o ano de 2016 como base de cálculo para as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde causaria imensa perda para o setor. Ao alterar o ano base para 2017, como propomos, e ao se revogar o art. 2º da EC 86/2015, teremos a incidência do percentual de 15% da receita corrente líquida do ano de 2017, conforme dita o art. 198 da Constituição, e, a partir de então, a correção pelo IPCA.

Pela leitura dos trechos do parecer supratranscrito, fica evidenciada que a *mens legis* nunca foi a aplicação do percentual de 15% como mínimo da saúde para o exercício de 2016, tendo em vista que a EC nº 95/2016 objetivava a instituição do novo regime fiscal apenas a partir de 2017.

### **Conselho Nacional de Saúde e sociedade aberta dos intérpretes da Constituição**

O Conselho Nacional de Saúde, conforme disciplina o Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, é composto por representantes de entidades e dos movimentos sociais de

<sup>10</sup>

Parecer

disponível

em:

<[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=049A3708B2CEA6D2756B6F2F97AE671E.p roposicoesWeb1?codteor=1496778&filename=Tramitacao-PEC+241/2016](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=049A3708B2CEA6D2756B6F2F97AE671E.p roposicoesWeb1?codteor=1496778&filename=Tramitacao-PEC+241/2016)>. Acesso em 10/5/2017.





usuários do SUS e representantes de entidades de profissionais de saúde. Logo, é um órgão deliberativo com cunho iminentemente político<sup>11</sup> e não jurídico.

Compete ao CNS, entre outras atribuições, atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. No desempenho dessa função, o Conselho se deparou com os possíveis significados da EC nº 95/2016 e, de forma corajosa e respeitável, interpretou a Constituição atribuindo-lhe o significado sob prisma não exclusivamente jurídico, com a visão do setor da saúde.

Observa-se, assim, que a atuação do CNS no debate aqui tratado aproxima-se da lição de Peter Häberle, que propugna uma sociedade de intérpretes da Constituição que englobe o maior número forças produtivas de interpretação<sup>12</sup>. Para o autor, essa proposição é denominada de sociedade aberta de intérpretes, em oposição à sociedade fechada, que abarca somente os intérpretes clássicos, como os juízes e tribunais constitucionais. Esse novo olhar pluralista sobre a hermenêutica constitucional contribui para moldar seu caráter democrático.

### **Considerações finais**

O Estado Democrático de Direito foi desenhado para trilhar vias seguras, de forma que seu trajeto é incompatível com atalhos e surpresas. Entende-se, portanto, que não merece guarida a argumentação de que a entrada em vigor da Emenda Constitucional nº 95, em 15 de dezembro de 2016, alterou automaticamente o piso das ASPS para o mesmo exercício. Essa interpretação não prestigia a lógica constitucional exposta anteriormente, desconsiderando valores como a segurança jurídica, separação dos poderes, respeito às normas orçamentárias, princípio da anualidade orçamentária, dentre outros.

Embora não nos alinhemos à posição adotada pelo Conselho Nacional de Saúde, deve-se reconhecer que o debate sobre a interpretação do texto constitucional é salutar ao processo democrático e dialético do direito. Nesse aspecto, evidencia-se a atuação do CNS na análise das normas aplicáveis à área da saúde, sobretudo em relação às disposições constitucionais. Materializa-se, desse modo, a ideia de sociedade aberta de intérpretes, contribuindo para a democratização da Constituição.

---

<sup>11</sup> Não nos referimos à conotação “político-partidária”, mas sim à análise e formulação de mérito das políticas públicas.

<sup>12</sup> HÄBERLE, Peter. *Hermenêutica Constitucional: a sociedade aberta de intérpretes da constituição: contribuição para a interpretação pluralista e 'procedimental' da Constituição*. Sergio Antonio Fabris Editor: Porto Alegre, 2002.



## REFERÊNCIAS

1. Mendes, Gilmar Ferreira. Curso de direito constitucional. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
2. Sarmiento, Daniel; Souza Neto, Cláudio Pereira de. Direito constitucional: teoria, história e métodos de trabalho. 1. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2012.
3. Häberle, Peter. Hermenêutica Constitucional: a sociedade aberta de intérpretes da constituição: contribuição para a interpretação pluralista e 'procedimental' da Constituição". Sergio Antonio Fabris Editor: Porto Alegre, 2002.



## Quando o Estado burla a si mesmo: o caso da Lei de Responsabilidade Fiscal brasileira

César Augusto Paro<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este ensaio busca realizar uma reflexão crítica sobre o caso da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) brasileira e sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, contextualiza-se a conjuntura econômico-política do cenário nacional e internacional em que esta regulamentação surge. Por meio de pesquisa bibliográfica, realiza-se análise da aplicação desta lei no Brasil, dando ênfase às suas influências no sistema de saúde. Identifica-se que o Estado Brasileiro se encontra numa situação paradoxal: garante constitucionalmente um sistema de saúde universal e integral, e, ao mesmo tempo, possui uma legislação fiscal que não permite efetivar o direito à saúde tal como garantido. Devido a isso, os gestores públicos que buscam efetivá-lo, são punidos pelos órgãos fiscalizatórios. Diferentes setores da sociedade têm se mobilizado para a superação deste entrave, mas, este é um processo complexo e lento, que ainda vai exigir muitos esforços para que realmente se modifique.

**Palavras-chave:** Lei de Responsabilidade Fiscal; Gestão; Sistema Único de Saúde.

### Contexto de Surgimento da LRF

O cenário político e econômico mundial vêm sofrendo mudanças, repercutindo nos modos como os Estados vêm se relacionando entre si no plano internacional e de como o Estado tem se relacionado com a própria sociedade.

A história do capitalismo está atravessada por longos períodos de crise, reestruturação e reorganização. Estes momentos de mudanças com descontinuidade encerram-se em reorganizações da economia capitalista mundial sobre bases novas e mais amplas (1).

O primeiro e o segundo choque do petróleo que ocorreram, respectivamente, nos anos de 1973 e 1979 representam um destes momentos de crise, em que houve o aumento de preço do petróleo por seus países exportadores. Este aspecto, aliado ao restabelecimento econômico dos países afetados pela Segunda Guerra Mundial, trouxe impactos na economia mundial, o que promoveu a necessidade de redefinição do papel do Estado, principalmente, no que tange o controle sobre os gastos públicos, mormente na área social (2). A economia mundial vem sofrendo um processo acelerado de aumento em suas despesas:

---

<sup>1</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IESC/UFRJ. E-mail: cesaraugustoparo@iesc.ufrj.br





Uma das características mais marcantes da economia do século XX é o crescente aumento das despesas públicas. Tal situação é encontrada não apenas nos países de economia coletivizada, onde o Estado, por definição, é o grande agente econômico, mas também nas nações capitalistas avançadas, defensoras da livre iniciativa e da economia de mercado (3).

Emerge deste contexto a necessidade de adoção de novos padrões gerenciais na administração pública, que permita o controle dos gastos públicos e a demanda pela melhor qualidade dos serviços públicos. Em diversos países, surgem experiências relacionadas com “gastos responsáveis”, como o Budget Enforcement Act (1990) nos Estados Unidos da América e o Fiscal Responsibility Act (1994) na Nova Zelândia (2).

Na América Latina, também surgem modificações na condução dos processos orçamentários visando à promoção do equilíbrio fiscal, o que ocorre por meio de imposições, principalmente, do Fundo Monetário Internacional (FMI), pois esta entidade incluía exigências relacionadas a boas práticas de gestão para concessão de novos empréstimos aos países (4). No caso do Brasil,

a crise terminal do Estado nacional desenvolvimentista, com o fechamento dos canais de financiamento externos em 1982, a aceleração do processo inflacionário e o federalismo de cunho estadualista instauraram, no terreno das contas públicas, um cenário de desgaste do executivo federal, com um saldo de cinco planos de estabilização fracassados e endividamento crescente (5).

Este cenário começou a mudar a partir de 1993 com as reformulações financeiras no governo federal decorrentes fundamentalmente das ações do então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso. As alterações tinham como foco principal o ajuste fiscal das contas públicas e acabaram por promover as reformas administrativas e previdenciárias no final da mesma década, já quando Cardoso era Presidente da República. Dentre as mudanças nas políticas econômicas brasileiras, está a aprovação da LRF, que “completa o ciclo das principais mudanças institucionais nas finanças públicas durante a Era FHC” (6).

A Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, mais conhecida por LRF, estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências (7). Esta faz parte de um contexto que busca adotar formas e ferramentas contemporâneas de gerenciamento de recursos, visando à melhoria do desempenho do Estado, em particular no que se refere à prática da gestão fiscal. Dentre os aspectos relevantes para a gestão, estão incluídos nos pressupostos desta norma: a ação planejada e transparente, a prevenção de riscos, a correção dos desvios, a



manutenção do equilíbrio das contas públicas, o cumprimento de metas entre receitas e despesas, a obediência a limites e procedimentos adequados e a observância das condições definidas para a geração de despesas com pessoal e seguridade social (8).

Tendo como pilares o planejamento, a transparência, o controle e a responsabilização no uso dos recursos públicos, busca conter o déficit público e o endividamento crescente por meio da manutenção do equilíbrio fiscal permanente, mediante o cumprimento intertemporal de metas de resultado fiscal nas três esferas governamentais. Para tanto, são estabelecidas rígidas restrições legais em relação à renúncia de receitas, geração de despesas com pessoal, seguridade social, dívidas consolidadas e mobiliárias, operações de crédito, concessão de garantias e inscrição em restos a pagar (9).

Em relação ao estabelecimento de limites de despesas líquidas com pessoal e redução de custo do endividamento público, a LRF instituiu, respectivamente, a avaliação de desempenho dos gestores públicos pela razão entre despesas públicas com pessoal e receita corrente líquida e entre dívidas consolidadas líquidas e receita corrente líquida (7).

Os gastos com despesas de pessoal são definidos, em seu Art. 8º, como o:

somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência (7).

O §1º deste mesmo artigo esclarece que os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referirem à substituição de servidores e de empregados públicos serão contabilizados como “outras despesas de pessoal” invés de “gastos com pessoal”.

A racionalidade econômico-gerencial que a reforma induzida pela LRF trouxe é reconhecida por alguns autores (10) como grande responsável pelos importantes avanços das finanças públicas no Brasil. No entanto, os setores sociais tecem fortes críticas às consequências que normatizações como estas trouxeram para a garantia dos direitos sociais, situando a LRF lado a lado de outros dispositivos que são reconhecidos como “ataques” ao financiamento dos direitos sociais nos anos 90 e 2000:

Desde os vetos de Collor aos pontos sobre financiamento ao SUS, nas leis nº 8.080 e nº 8.132; passando pela criação do que hoje se chama Desvinculação das Receitas da União (DRU), pela criação do regime de



metas de inflação, pela perenização da LRF, pelas propostas de reforma tributária que são, simplesmente, desoneração do capital, entre outros pontos, o financiamento dos direitos sociais - incluindo a saúde - sofre a violência da política de ajuste fiscal, isto é, do sacrifício dos direitos democráticos em detrimento da remuneração da burguesia rentista, nacional ou internacional, que vive da dívida pública brasileira (11).

A crise fiscal do Estado emerge neste contexto como um indício da incompatibilidade natural entre a função do Estado de fortalecer o consenso social, de ter lealdade para com o sistema das grandes organizações de massa e a função de apoio à acumulação capitalista com o emprego anticonjuntural da despesa pública (12). Este impasse repercute em crise no desenvolvimento das políticas sociais, como a política de saúde. Portanto, visualiza-se que o arcabouço normativo introduzido com o advento da LRF trouxe impeditivos para a consolidação do SUS. As influências que a LRF teve na garantia do direito universal à saúde foram exploradas na seção a seguir.

## **A LRF e o SUS**

O processo de trabalho em saúde tem grande inserção de mão de obra humana, ou seja, é caracterizado pelo trabalho humano intensivo (13). O setor saúde se diferencia de diversos outros, pois, mesmo com a incorporação de novas tecnologias, estas são acompanhadas por adição no número de trabalhadores. Deste modo, os gastos com trabalhadores da saúde são parte significativa do conjunto de despesas deste setor (14).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), as despesas de pessoal do setor saúde representam uma média de 70,8% das despesas totais (15). Esta proporção está, segundo Campos (16), compatível com os padrões internacionais de gasto neste referido aspecto. No caso dos estados, Nascimento e Debus (17), com base nos dados da Secretaria do Tesouro Nacional, destacam que estes entes gastaram entre 1996 e 2000 em média 67% das suas receitas disponíveis com pagamento de pessoal.

Na Constituição Federal de 1988, adotou-se a descentralização como uma das diretrizes de organização das ações e serviços públicos de saúde que compõem o SUS. Esta proposta de descentralização político-administrativa teve como ênfase a municipalização, fazendo com que os municípios fossem assumindo papel estratégico na consolidação do SUS e se tornando também os principais empregadores quando comparado com os outros entes federados (14).





Com a proposta do SUS de universalizar o acesso de ações de saúde para todos, ampliou-se a rede própria de serviços de saúde, o que repercutiu na necessidade de inserção de grande contingente de trabalhadores de saúde. No entanto, a limitação legal imposta pela LRF trouxe impasses entre o máximo de gasto possível com despesa de pessoal e a necessidade de incorporação de profissionais (13). Isto induziu principalmente os entes federados municipais a realizarem contratações por meio de vínculos indiretos a despeito da realização de concursos públicos para admissão de pessoal, havendo a difusão de Organizações Sociais, Organizações Não-Governamentais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Cooperativas Gestoras, pois, deste modo, a contabilização dos gastos se dá como “serviços de terceiro” e não “gastos de pessoal” (18).

Essas parcerias com entidades do terceiro setor têm levado à precarização dos vínculos de trabalho, dado que não geram garantias dos direitos dos trabalhadores. O trabalho precário em saúde é identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, pois compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços prestados pelo SUS (19).

A LRF, portanto, repercute em uma situação paradoxal para a gestão pública do SUS, uma vez que, ao mesmo tempo em que o Estado responsabiliza os gestores do SUS pela prestação de serviços de saúde integrais e universais, os impedem de contratarem pessoal para a execução dessas políticas públicas (20). Neste sentido, o Estado burla a si mesmo (21), complexificando a consolidação da proposta de um sistema de saúde público universalizante.

Na pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados nacionais, identificamos uma escassez de estudos que tratassem da temática dos impactos da LRF na implementação de ações e serviços de saúde do SUS. A maioria dos estudos sobre LRF abordava a temática sob uma perspectiva predominantemente macroeconômica, enfatizando o endividamento ou o comportamento do emprego sem detalhamento para o setor saúde. Alguns estudos que problematizavam a referida questão na saúde tinham caráter teórico-conceitual, não apresentando dados empíricos. Nas fontes oficiais de informação, não há uma padronização na divulgação dos dados das despesas com pessoal e do valor da receita corrente líquida, o que dificulta a produção de informações pela sociedade civil e





academia. Os Tribunais de Conta, órgãos responsáveis pela fiscalização da LRF, seguem lógicas distintas de divulgação de informações.

Diversos estudos econômicos demonstram a importância que a LRF teve para a estabilidade fiscal dos entes federados. Giuberti (22) analisou o efeito sobre o gasto com pessoal dos municípios brasileiros de 1993 a 2003, verificando que a LRF não afeta o comportamento dos gestores públicos no que diz respeito ao gasto com pessoal na maioria dos municípios (encontrou somente 1,4% de municípios acima do limite de 60% em 2003) e que a LRF é relevante para controlar o gasto com pessoal com benefícios para os municípios que apresentaram um gasto elevado com esse item do orçamento.

Rodrigues (23) analisou o comportamento do emprego formal em setores específicos da economia brasileira, como a saúde, entre 1998 e 2009. Revelou que a LRF não teve qualquer influência para a união na proporção de despesa com pessoal pela receita corrente líquida, cujo valor máximo para o período analisado alcançou somente 31,9% (valor bem inferior ao limite prudencial de 47,5%). Já estados e municípios esforçaram-se para se enquadrar nos limites estabelecidos pela norma, sendo que em 2009 ainda havia entes em situação emergencial.

Estudos regionais também revelam o comportamento da LRF nos municípios de determinado estado. Em análise realizada com os municípios de Piauí, visualizou-se que o índice de endividamento médio dos municípios recuou em aproximadamente 7,0%, sugerindo o êxito desta legislação (24). Estudo sobre os municípios gaúchos demonstrou que, no geral, a LRF foi determinante para promover melhores desempenhos na gestão financeira destes municípios, dado pelo aumento da capacidade de pagamento das dívidas, do equilíbrio do superávit primário e do aumento das receitas tributárias (25). Já nos municípios de Alagoas, houve o cumprimento dos limites com despesa e pessoal logo de imediato à promulgação da legislação fiscal, mas, a longo prazo, estes limites estabelecidos são difíceis de serem atingidos, causando quase sempre situações de desequilíbrios nas finanças públicas (26).

Em 2014, 333 (79,9%) dos 417 municípios baianos descumpriam a LRF em relação aos limites de gasto com pessoal por conta de despesas com profissionais de saúde para a execução de programas federais ou estaduais. Caso tais despesas obrigatórias fossem desconsideradas para fins de apuração das despesas com pessoal, somente 27 (5,7%) municípios continuariam violando os limites da lei (15).



As críticas à LRF também estão presentes nas instâncias de participação social no SUS. Nas proposições presentes nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), esta é apresentada como um entrave para o desenvolvimento do SUS, sendo registrada a insatisfação popular com esta lei. Desde a 11ª CNS em 2000 (mesmo ano de promulgação da LRF), já existia um receio sobre os impactos que ela acarretaria na implementação do SUS, derivando-se, portanto, propostas de contraposição à instituição desta. Em todas as conferências posteriores, críticas à LRF continuaram emergindo das discussões, o que demonstra que a percepção inicial de que esta lei poderia ter impactos negativos para a consolidação do sistema de saúde foi se ratificando (27).

Como toda Lei Complementar, o terreno para negociar a sua mudança é o Congresso Nacional. Quase 300 Projetos de Lei Complementar (PLP) relacionados a esta lei já tramitaram ou estão tramitando na Câmara dos Deputados. Em 2015, criou-se nesta instância uma Comissão Especial para análise da PLP nº 251/2005 de despesa com pessoal na área da saúde. Junto a este PLP, foram apensados outros 16 projetos criados a partir de 2015 que também sugeriram alterações na LRF com relação às despesas com a área da saúde (15).

Na análise dos PLP já submetidos sobre a LRF, observa-se que, apesar de todos abordarem políticas de saúde, alguns ampliam a alteração da LRF no que tange também políticas de educação e assistência social, e, até mesmo, todos os programas promovidos pela união. Houve também propostas mais restritas, que se focalizavam em algum serviço específico da saúde, como o caso do Programa de Saúde da Família.

As proposições em sua maioria reforçam a importância do setor saúde ter um tratamento diferenciado na regulação fiscal, apontando como mais adequada a criação de um sistema próprio para o controle dos gastos com pessoal da área de saúde, que seria contabilizado em separado com os servidores das demais áreas. A maioria dos projetos que propuseram alteração na porcentagem de despesas com pessoal em relação a receita corrente líquida para a área da saúde indicou o percentual máximo de 75%.

Para a análise destes referidos PLP, a Comissão Especial realizou duas audiências públicas e dois seminários neste ano de 2015, envolvendo além de deputados, representantes da Confederação Nacional dos Municípios, do Ministério Público de Contas, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, entre outros (7).



A referida comissão reconhece que a LRF tem grande importância no cenário nacional, pois permitiu um maior controle dos gastos públicos e a geração de uma cultura de responsabilidade na gestão fiscal da administração público. No entanto, entende que o dispositivo da LRF tem sido inadequado perante a realidade enfrentada por muitos municípios brasileiros, que tem repercutido na rejeição de suas contas pelas instâncias fiscalizadoras. Portanto, esta aprova o PLP nº 251/2005 na forma de substitutivo com nova fórmula de cálculo dos limites de despesa com pessoal nos municípios:

§ 3º Para efeito exclusivo da verificação do limite (...), poderá ser deduzido do cálculo o montante da despesa com pessoal que exceder a aplicação do percentual fixado no referido dispositivo sobre as receitas vinculadas e transferidas pela União no âmbito das funções Saúde, Educação e Assistência Social, desde que observadas as seguintes condições: I – as despesas sejam destinadas ao pagamento de pessoal ativo e vinculadas aos respectivos programas; II – for comprovado, na última apuração anual, que o Município cumpre os requisitos constitucionais e legais relativos à aplicação mínima de recursos no âmbito da saúde, da educação e da assistência social; III – o Município adota todas as medidas necessárias à arrecadação das receitas e à cobrança da dívida ativa (7).

Observa-se que esta proposta não busca estabelecer um valor máximo de despesas com pessoal, mas sim permitir que o teto que até então vinha sendo adotado de forma rígida na fiscalização da LRF seja flexibilizado quando os gastos com pessoal em saúde, educação e/ou assistência social relacionados às transferências da união ultrapassarem os valores máximos. A ausência de um valor em específico parece ter sido uma solução prudente, dado que, além de não haverem consensos nem mesmo dentro dos PLP analisados sobre qual seria este valor, isto flexibiliza a possibilidade de gasto com este tipo de despesa para a o que for necessário, sem ter que ficar preso a um limite predeterminado.

É importante ressaltar que esta nova proposta continua valorizando uma cultura política de responsabilidade fiscal, dado que mantém a maioria do restante do texto da lei original e condiciona a possibilidade desta flexibilização à adesão aos programas federais, à aplicação mínima dos recursos para cada uma das três áreas e à adoção das medidas necessárias para a arrecadação das receitas e cobrança da dívida ativa.

Ademais, também é pautada neste substitutivo a obrigatoriedade de que todos os entes federados incluam seus dados contábeis e fiscais nos sistemas de informação da





união. Isto certamente será um ganho, pois permitirá um maior acesso a situação fiscal de todos os entes federados, promovendo possibilidades de melhorias para a condução político-econômica estadual e nacional, assim como o controle social e a realização de estudos acadêmicos.

Atualmente, o trabalho da comissão especial encontra-se encerrado e o referido substitutivo deverá ser aprovado em plenária da Câmara dos Deputados, para posteriormente ser encaminhado para aprovação pelo Senado Federal e, por fim, à sanção do Presidente da República. Apesar de estar em regime de urgência, a matéria ainda não foi apreciada em face do encerramento da sessão por mais de 70 vezes, delongando esta importante decisão para a gestão do sistema público de saúde.

### **Considerações finais**

Este ensaio propiciou a reflexão sobre o caso da LRF brasileira e sua relação com o SUS. Trata-se de uma temática polêmica, sobre a qual emerge uma diversidade de discursos que são sustentados por racionalidades distintas. Por um lado, há uma ênfase em aspectos econômicos, que remontam a necessidade de um controle de gastos e do desenvolvimento de uma cultura de responsabilidade na gestão fiscal da administração pública, enquanto que, por outra vertente, se dá ênfase na necessidade de avanço nas políticas sociais, como na consolidação do SUS.

Identifica-se que o Estado brasileiro se encontra numa situação paradoxal: garante constitucionalmente um sistema de saúde universal e integral, e, ao mesmo tempo, possui uma legislação fiscal que não permite efetivar o direito à saúde tal como garantido. Devido a isso, os gestores públicos que buscam efetivá-lo, são punidos pelos órgãos fiscalizatórios. Diferentes setores da sociedade têm se mobilizado para a superação deste entrave, mas, conforme foi demonstrado neste trabalho, este é um processo complexo e lento, que ainda vai exigir muitos esforços para que realmente se modifique.

### **Referências**

1. Arrighi G. O longo século XX: dinheiro, poder e as origens do nosso tempo. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996.
2. Abrucio FL. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: Enap; 1997.
3. Giacomoni J. Orçamento Público. 13.ed. São Paulo: Atlas; 2005.



4. Nunes SP, Nunes RC. Instituições orçamentárias: uma agenda para reformas pós LRF. Brasília: Ministério da Fazenda; 2001.
5. Asazu C, Abrucio FL. A gênese da LRF: a construção de uma agenda. São Paulo: Atibaia/Enanpad; 2003.
6. Loureiro MR, Abrucio FL. Política e Reforma Fiscal no Brasil Recente. Revista de Economia Política. 2004;24(1):50-71.
7. Brasil. Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 5 maio 2000.
8. Andrade ROB, Mello SL. A LRF: uma abordagem gerencial. Brasília: Conselho Federal de Administração; 2001.
9. Macedo JJ, Corbari EC. Efeitos da LRF no endividamento dos Municípios Brasileiros: uma análise de dados em painéis. Revista Contabilidade & Finanças. 2009;20(51):44-60.
10. Nascimento ER. Gestão pública. São Paulo: Saraiva; 2006.
11. Cardoso FM, Campos GWS. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. Saúde em debate. 2013;37(97):219-232.
12. Regonini G. Estado do Bem-Estar. In: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G (Orgs.). Dicionário de política I. 11.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1998.
13. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12(Suppl):1819-1829.
14. Medeiros KR, Tavares RAW. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a LRF. Divulgação em Saúde para Debate. 2012;47:56-64.
15. Brasil. Câmara dos deputados. Substitutivo ao projeto de Lei Complementar nº 251, de 2005. Brasília: Câmara dos Deputados; 2015.
16. Campos GWS. Regionalização é o futuro do SUS. Entrevista concedida a Região e Redes – Caminho da universalização da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: RESBR; 2014.
17. Nascimento ER, Debus I. Entendendo a LRF. 2.ed. Brasília: ESAF; 2002.
18. Fagnani E. Fragmentação da luta política e agenda de desenvolvimento. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2014.
19. Brasil. Ministério da Saúde. DesprecarizaSUS. Brasília: MS; 2006.
20. Silva EVM, Silva SF. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 2007;40:7-12.
21. Fleury S. As veias abertas do SUS. Entrevista concedida a Peres A. RJ: LAPPIS, 2013.
22. Giuberti AC. LRF: efeitos sobre o gasto com pessoal dos municípios brasileiros. Brasília: ESAF; 2005.
23. Rodrigues VA. Comportamento do emprego em setores específicos da economia em conjuntura de crise. Dissertação (Mestrado). ENSP: Rio de Janeiro; 2011.



24. Linhares F, Penna C, Borges G. Os efeitos da LRF no endividamento dos municípios do Piauí. *Rev. Adm. Pública.* 2013;47(6):1359-373.
25. Santos SRT, Alves TW. O impacto da LRF no desempenho financeiro e na execução orçamentária dos municípios no Rio Grande do Sul de 1997 a 2004. *Rev. Adm. Pública.* 2011;45(1):181-208.
26. Araújo AHS, Santos Filho JE, Gomes FG. LRF: efeitos e consequências sobre os municípios alagoanos no período 2000-10. *Rev. Adm. Pública.* 2015;49(3):739-759.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.





## O papel do ministério público no dever do estado de fornecimento de biotecnologias para pessoas com deficiência

Charles de Sousa Trigueiro<sup>1</sup>  
Annestella de Lima Pinto<sup>2</sup>  
Adriana de Abreu Mascarenhas<sup>3</sup>

**RESUMO:** Analisamos a jurisprudência dos tribunais brasileiros sobre o acesso ao direito a saúde para pessoas com deficiência. Para tanto, efetuamos a análise sobre as possibilidades do Ministério Público defender o fornecimento pelo estado das biotecnologias. Contudo, concluímos o Sistema Único de Saúde brasileiro fornece apenas o implante coclear unilateral para pessoas com surdez.

**Palavras chaves:** Saúde. Biotecnologias. Pessoas com deficiência.

### Introdução

Efetivamente aberto a todos os cidadãos o acesso à saúde é igual e especial para algumas situações vulneráveis, como as pessoas com deficiência, que para atingirem a igualdade plena, necessitam de proteção especial.

A universalização da saúde é um direito assegurado pela Constituição Federal brasileira de proteção social aos trabalhadores e seus dependentes em caso de superveniente incapacidade. Desta forma, as pessoas com deficiência não devem ficar de fora da proteção estatal, mesmo aquelas que não entraram no mercado de trabalho, nesse caso considera-se as circunstâncias que essas pessoas não deram causas.

Atualmente o Sistema Único de Saúde vem distribuindo poucas biotecnologias e realizando pouquíssimas cirurgias de implante coclear, as poucas cirurgias que são feitas é em apenas um dos ouvidos.

Desta forma, o dever do estado de fornecer biotecnologias e a cirurgia do implante coclear, possibilita-se que milhares de pessoas com deficiência física e auditiva que estavam marginalizadas sejam inseridas no mercado produtivo.

Trata-se de tema complexo e urgente que reclama atenção e políticas afirmativas específicas, porquanto o tempo atual requer a imediata correção de injustiças sociais, especialmente no caso em exame, porquanto traz, direta ou indiretamente, implicações

<sup>1</sup> Universidade de Coimbra. E-mail: Charles.ufpb@hotmail.com

<sup>2</sup> Centro Universitário de João Pessoa. E-mail: annestellapinto@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba. E-mail: adrianaufpb@yahoo.com.br



continuativas e impeditivas do desenvolvimento pleno das pessoas, e da sociedade como um todo, consubstanciado em hipótese de inconstitucionalidade a ser debelada à luz de uma hermenêutica constitucional atenta aos direitos humanos de pessoas que possuam algum tipo de deficiência física ou surdez.

Para realização da presente investigação foi necessário aplicar o método dogmático, como a hermenêutica dos textos normativos recomenda, mas também o aporte à doutrina e à transversalidade foram necessários, desde que se trata de tema interdisciplinar de elevado teor político e sociológico, tudo alinhado por uma tradição de pensamento racionalista igualitária.

Por fim, a investigação em mãos representa um convite ao leitor interessado em saber mais sobre as reais possibilidades que o Estado brasileiro oferece as pessoas com deficiência física e surdez em matéria de acesso a emprego, dignidade humana e justiça social.

## **Metodologia**

O objetivo geral do presente artigo é analisar a possibilidade de fornecimentos de biotecnologias para pessoas com deficiência, pelos ser. Como objetivos específicos, busca-se: problematizar a questão no debate sobre possibilidade de evitar esses tipos de discriminações possíveis.

Nesse contexto, este artigo tem como objeto de estudo a análise da normativa nacional, internacional e da jurisprudência produzida nos tribunais, como direito comparado, sobre a possibilidades de realização de exames genéticos como requisito prévio a qualquer atividade laboral, com impossibilidade de discriminação. Para a realização da presente investigação foi necessário aplicar o método dogmático, como a hermenêutica que os textos normativos recomendam, mas, também, o aporte à doutrina e à transversalidade foi necessário, desde que se trata de tema interdisciplinar de elevado teor político e sociológico, tudo alinhado por uma tradição de pensamento racionalista do direito a saúde e fundamentada na hermenêutica internacional dos direitos humanos da Organização Mundial de Saúde, e princípios do direitos bioético.

## **Resultados**



A teoria da reserva do possível não pode ser aplicada quando a vida e a saúde estiverem em risco, porque a dignidade da pessoa humana deve prevalecer. Assim, já decidiu o Superior Tribunal de Justiça usando entendimento do Supremo Tribunal Federal. (STJ. Recurso Especial n. 784.241/T2. RS. Relatora: Min. Eliana Calmon. Julgamento: 8-4-2008).

Em outro caso o estado usa a teoria da reserva do possível para não fornecer cadeiras de rodas motorizadas para criança tetraplégica. (TJES. Processo: AI 24100915131 ES 24100915131. Relator: Ronaldo Gonçalves de Sousa. Julgamento: 22-3-2011. Órgão Julgador: Terceira Câmara Cível. Publicação: 31-3-2011).

Em Ação Civil Pública promovida pelo Ministério Público contras as fazendas públicas do estado e município de São Paulo, o judiciário assegurou o direito a saúde para pessoa hipossuficiente e deficiente física e mental. (TJSP. Processo: APL 51264320088260360 SP 0005126-43.2008.8.26.0360 Relator: Peiretti de Godoy. Julgamento: 19-10-2011. Órgão Julgador: 13ª Câmara de Direito Público. Publicação: 20-10-2011).

O Supremo Tribunal Federal tem decidido que os planos e a legislação do direito a saúde das pessoas com deficiências estão em vigor, mas carece de efetividade. Assim, não pode o poder público deixar de cumprir dizendo que as normas são meramente programáticas, que não tem planos ou programas de atuação do governo. (Precedentes: RMS 17449/MG DJ 13.2.2006; RMS 17425/MG, DJ 22.11.2004; RMS 13452/ MG. DJ 7-10-2002).

A Defensoria Pública da União (DPU) ajuizou Ação Civil Pública de nº 0007197-51.2011.4.02.5101 (2011.51.01.007197-7), em face da União Federal, do Estado do e do Município do Rio de Janeiro, alegando que Sistema Único de Saúde fornece apenas implante coclear unilateral e não fornece a manutenção dos mesmos. O pedido é para que sejam fornecidos implante bilateral e manutenção. Com requerimento de tutela antecipada, para que os entes federados forneçam para adultos e crianças: a) implantes bilaterais; b) sistema FM; c) manutenção (compra de acessórios, concertos, trocas, atualizações); d) reposição em caso de perda; e) terapia fonoaudiológica.

O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro deferiu em parte a tutela antecipada, para que os entes federados forneçam no prazo de 10 meses, e que o Sistema Único de Saúde passe a se responsabilizar pela realização de implantes bilaterais, com uma porcentagem de 30 para cada 100 implantes realizados.





O Tribunal de Justiça de Pernambuco, em Agravo de Instrumento o relator Antonio Fernando de Araújo Martins obrigou plano de saúde a fornecer implante coclear a uma criança segurada. (APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. SEGURO SAÚDE. IMPLANTE COCLEAR EM MENOR IMPÚBERE. COBERTURA DEVIDA. Agravo de Instrumento nº 245818220108170001 PE 0009818-79.2010.8.17.0000, Órgão Julgador: 6ª Câmara Civil, julgamento: 09/11/2010).

## **Discussão**

Inicialmente o direito a saúde foi consagrado no artigo XXV, da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Esse direito foi evoluindo, para em 1966 o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais inovar ao trazer mecanismos que os estados devem implementar para garantir os direitos a saúde, como ações preventivas e curativas.

Essa forma de constitucionalismo global do direito à saúde é signatário pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO/1946), a qual consagra o modelo social, eliminando o binômio saúde-doença, assegurando um princípio básico da felicidade e harmonia humana. (WHO - Elaborado na cidade de Nova Iorque, em 22 de julho de 1946.)

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (aprovada no Brasil com status de emenda constitucional) dentre vários direitos que assegura, destaca-se a saúde, assegurando que a falta de mecanismos de apoio é que promove a situação de desvantagem. O artigo 25 desta Convenção destaca a reabilitação como forma de consolidar o direito a saúde das pessoas com deficiência. Estabelecendo os serviços de saúde fundamentais para que as pessoas com deficiência tratem os problemas ocasionados por causa das deficiências. Vedando, a discriminação no tocante a contratação de seguros que devem ter cláusulas e valores justos.

No Brasil, o direito a saúde passou a ser constitucionalmente assegurado, em 1988, genericamente no sexto artigo e com mais detalhes nos artigos 196 a 200. Cabe ressaltar, que se a Constituição diz que a saúde é direito de todos, ela consagra o direito a saúde das pessoas com deficiência, e possíveis usos de biotecnologias. A Constituição também destacou o papel do Sistema Único de Saúde Lei n.º 8.142/90, e Lei Orgânica da Saúde de n.º 8.080/90.



O direito à saúde é umas das dimensões do mínimo existencial à dignidade da pessoa humana (1).

Os direitos fundamentais são bidimensionais, por conta de duas grandezas, uma jurídico-positiva e outra jurídico-subjetiva, as dimensões positivas tem por partida a continuação saudável e cumprimento dos direitos fundamentais, já as dimensões negativas tem como objetivo proteger e rodear a ordem jurídica do indivíduo. É justamente baseado nesse estudo, que os autores neste artigo procurarão demonstrar a legitimidade do Ministério Público para a defesa do direito fundamental das pessoas com deficiências, em adquirir através do estado as biotecnologias (2).

O modelo da ICIDH concluiu que as pessoas com deficiência portam uma certa desvantagem na vida social, e esse desvantagem advém das barreiras impostas pela vida em sociedade. Partindo desse raciocínio, as pessoas com deficiência tem que superar essas desvantagens, através ora da cura ou ora da reabilitação dependendo do caso (3).

O Brasil inseriu no ano de 2011, um Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência para assegurar o direito à saúde das pessoas com deficiência garantido pela convenção, o “Plano Viver sem Limite”, esse plano tem como objetivo, a promoção, utilizando políticas, programas e ações. Coordenado pela Secretaria de Direito Humanos (Decreto n.º 7.612/2011)

Pela dimensão jurídico-positiva, o direito a saúde a integridade física é um princípio constitucional especial, estimulador de vários outros princípios, como a dignidade da pessoa humana, cidadania e eficiência (4).

O judiciário tem que garantir que essas metas e ações do plano não sejam descumpridas pelo estado, alegando o principio da reserva do possível, teoria essa surgida quando o Tribunal Constitucional Alemão que já decidiu que algumas contraprestações estatais ficam condicionadas ao principio da razoabilidade (5).

Obstruir o direito a saúde significar contrariar a própria Constituição, autorizando o Ministério Público a promover uma ação, na qualidade de guardião do patrimônio público em sentido amplo O Ministério público pode e deve defender o patrimônio moral do Estado, tendo, uma imagem a guardar para o povo (6).

O art. 129, II, da Constituição Federal de 1988, diz que uma das principais funções do Ministério Público, juntamente com outros atos infraconstitucionais, a exemplo da LC 75/93, art. 6º, VII, b; Lei n. 8.625/93, art. 25, IV, b, Lei n. 8.247/92, art, 17, é a proteção ao



patrimônio público e social. Neste contexto, garantir o acesso a saúde tem legitimidade, juntamente com defesa da ordem jurídica e o regime democrático.

Dentro da dimensão jurídico subjetiva dos direitos fundamentais a saúde e integridade física, pode-se entrever os interesses defendidos coletivamente pelo Ministério Público (7).

O direito difuso é quando existe uma ligação em que se unem pessoas indetermináveis. No caso do acesso a saúde das pessoas com deficiência, a ligação fática é determinada pela circunstância de interligar um grupo de pessoas juridicamente aptas a fazerem uso das biotecnologias. Todos têm interesse na correta aplicação do Direito (8).

Como afirma Leonel:

Deste modo, os coletivos se distinguem dos difusos, ambos indivisíveis, pela sua origem, na medida em que nestes o vínculo relaciona-se a dados acidentais ou factuais, enquanto naqueles a ligação dos integrantes do grupo, categoria ou classe decorre de uma relação jurídica (9).

Outro instrumento que o Ministério Público pode usar, em favor das biotecnologias para pessoas com deficiência, é o enforcement, o qual pode ser conceituado como os mecanismos que estimulem e imponham o respeito às leis. São muitos os meios usados na aplicação da lei:

A ideia de enforcement está intimamente relacionada a ideia de planejamento, de estabelecimento de políticas de aplicação das leis em geral, ou, mais frequentemente, de determinadas leis, consideradas mais importantes num determinado momento (10).

O enforcement seria um ótimo instrumento para o Parquet atuar nas questões referentes ao princípio do direito a saúde. Na própria Constituição, deve o membro do Ministério Público zelar pela aplicação do princípio da obrigatoriedade do sistema único de saúde fornecer biotecnologias. Mas, infelizmente, existem inúmeras formas de se descumprir esse princípio (11).

Geilson Salomão Leite destaca que “a adoção de providencias visando à concretização desses direitos “a saúde” deve ser intensificada e consolidada pelo Poder Executivo e pelo Poder Judiciário, além de ampliada pelo Poder Legislativo”. ( A) Projeto de Lei n. 312/2011, que permite a dedução das despesas com aparelho de audição na apuração da base de cálculo do IRPF; B) Projeto de Lei n. 6.097/2005, que estabelece



isenção de IPI para os equipamentos e aparelhos, inclusive eletrônicos, destinados a pessoas portadoras de deficiências física, auditiva, visual e mental) (12).

Portanto, o Ministério Público é legitimado para a defesa do direito das pessoas com deficiência em brigarem pelo fornecimento de biotecnologias, tanto na dimensão jurídico-objetiva, como protetor do ordenamento jurídico, bem como na dimensão jurídico-subjetiva, como defensor dos direitos coletivos em sentido amplo.

## **Conclusão**

Para analisar uma deficiência ou incapacidade laboral não se deve levar em consideração apenas os conceitos médicos, mas também, as barreiras impostas pela sociedade e pelo mercado que limitam o acesso dessas pessoas.

As políticas públicas assistenciais para as pessoas com deficiência que tentam se candidatar a um cargo laboral desenvolveram três caminhos, todos lamentáveis e indignos de nossa sociedade: a) se conformar com um benefício de exclusão que dependa do meio social, tornando a pessoa com deficiência como dependente e inútil. b) o trabalho informal, demonstrando a inaplicabilidade da lei e a discriminação capitalista. c) renúncia ao benefício, perante contrato de trabalho injusto.

Interpretando o artigo 89 da Lei nº 8.213/91, conclui-se que a reabilitação profissional compreende: a) fornecimento de aparelho de prótese, órtese e equipamento de auxílio de locomoção, quando possível de atenuação para essas deficiências. b) reparação ou substituição desses instrumentos desgastados.

As diversas formas de trabalho no Brasil, propicia o trabalhador a ter uma perda auditiva induzida por ruído, por conta não só da pressão do ambiente laboral, mas também da pressão sonora existente no ambiente das grandes cidades.

O Estado como garantidor do direito a saúde deve assegurar o uso das tecnologias para suprimir as desvantagens das pessoas com deficiência.

Embora a atuação judicial tenha integrado as insuficiências legislativas, urge a necessidade de o Sistema Único de Saúde promover critérios objetivos e igualitários para oportunizar todas as pessoas com surdez de se inserirem no mercado, indivíduos já tão discriminados socialmente e, nestas circunstâncias, gravadas por um ambiente econômico que impede o acesso à dignidade que o emprego lhes propiciaria.





Fato é que o Estado invés de promover a participação das pessoas com surdez tem obstruído o acesso ao trabalho dessas pessoas portadoras de necessidades especiais.

Essas deficiências sensoriais (audição) são muito significativas para a percepção de mundo e desenvolvimento intelectual dos seres humanos, uma vez que acarreta segundo a medicina legal a perda da metade dos sentidos mais importante da espécie humana, essa alteração gerou uma desigualdade com discriminação distorcida da qual prejudicou ainda mais os portadores dessas patologias, pois essas pessoas continuam sendo discriminadas no mercado de trabalho da ampla concorrência, seja em concursos públicos que exijam aptidão plena do candidato, ou seja em empresas privadas.

Se a CF tem como fundamentos os valores sociais do trabalho e tem como um dos objetivos a serem alcançados, a diminuição de todas as formas de desigualdade, não tem sentido dentro do universo dos deficientes auditivos fazer discriminação ou dar preferências aos deficientes entre si. Como nos ensina o pensamento imortal de Aristóteles: 'tratar os iguais igualmente e os desiguais, desigualmente, na medida de sua desigualdade'.

A aplicação do princípio da igualdade ou isonomia, tendo em vista que por este princípio a atuação do Estado deve estar em harmonia com o direito compreendendo este as suas regras e princípios, terá grande função na democratização da legalidade estrita, pois quando se estudar o objetivo teleológico dos princípios da dignidade da pessoa humana, proporcionalidade, razoabilidade, eficiência, finalidade, se verificará que a legalidade estrita acaba prejudicando as garantias do cidadão, e que se aplicar a igualdade e isonomia para melhor utilização desses institutos, princípios e teorias, no sentido de salvaguardar direitos dos cidadãos quando aplicado a seara proteção do estado ao deficiente no mercado de trabalho público-privado, permitindo assim assegurar as garantias do cidadão perante o poder afirmativo estatal, embasado em um Poder público-privado Eficiente, um poder público-privado participativo e integrador.

No que concerne à aplicação dos princípios mencionados na formulação do problema desse projeto à luz do princípio da igualdade ou isonomia como elemento democrático da legalidade administrativa sintetizando a finalidade de cada um desses princípios verificar-se-á a importância da utilização do princípio da dignidade da pessoa humana para democratizar a legalidade administrativa quando aplicada ao caso concreto, pois somente



democratizando a legalidade administrativa se terá à efetiva utilização dos princípios gerais do direito administrativo pelos aplicadores do direito.

Enfim, a Administração Pública, estaria sendo mais proporcional, razoável, sem desrespeitar a dignidade da pessoa humana, procurando diminuir todas as formas de desigualdade, as desigualdades existentes entre os deficientes e os não deficientes e entre os deficientes entre si, seriam melhor trabalhadas proporcionalmente na medida das suas desigualdades.

## Referências

- 1 LEAL, Rogério Gesta. A quem compete o dever de saúde no direito brasileiro? Esgotamento de um modelo institucional. p. 3. Disponível em: <[www.tjrs.jus.br/export/poder\\_judiciario/.../DireitoSaude.doc](http://www.tjrs.jus.br/export/poder_judiciario/.../DireitoSaude.doc)>.
- 2 CANOTILHO, J.J.G. Estudos sobre direitos fundamentais. 2. ed. Coimbra: Coimbra, 2008.
- 3 FERRAZ, Carolina Valença...[et al.]. Manual dos direitos da pessoa com deficiência. São Paulo: Saraiva, 2012.
- 4 GUGEL, M. A. A. Discriminação positiva. Revista do Ministério Público do Trabalho. ano X, n. 19 Brasília: LTR Editora, mar. 2000.
- 5 BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <<http://lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>>
- 6 GUGEL, op. cit., p. 124.
- 7 GUGEL, idem, p. 124
- 8 VIGLIAR, J. M. M. Ação civil pública, 5. ed. São Paulo: Atlas. 2001
- 9 LEONEL, R. D. B. Manual do processo coletivo, 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- 10 FERRAZ, A. A. M. D. C. Coord. Ministério Público: instituição e processo. São Paulo: Atlas, 1999.
- 11 GUGEL, op. cit., p. 123.
- 12 FERRAZ, op. cit., p. 446.



## Reflexos administrativos do processo de judicialização da saúde no município de Palmas-TO

Ingridy Diaquelem Ramos Sousa<sup>1</sup>  
Aline Sueli de Salles Santos<sup>2</sup>

**RESUMO:** A saúde como um direito social fundamental, está descrita no texto constitucional como direito de todos e dever do Estado. Nesta senda, o Sistema Único de Saúde é fruto de muitos embates envolvendo diversos setores da sociedade com o propósito de se garantir a efetivação da saúde pública no Brasil. A partir da década de 1990 observou-se uma atuação significativa do Poder Judiciário no campo da saúde resultando em um número crescente de demandas, configurando-se na chamada judicialização da saúde. Nesse contexto, evidencia-se que os entes municipais são fortemente impactados devido ao orçamento enxuto e grande responsabilidade na execução de políticas públicas sociais. Contudo, são limitados os estudos voltados para avaliação dos reflexos da judicialização da saúde no âmbito municipal, e, nesse sentido, optou-se por analisar a forma que a gestão pública do município de Palmas-TO tem se posicionado frente a judicialização da saúde a partir da avaliação das repercussões na organização administrativa e dos mecanismos elaborados para o enfrentamento. Assim realizou-se uma pesquisa baseada no método dedutivo, bibliográfica, documental, exploratória e quanti-qualitativa que acabou por demonstrar que a estratégias tais como o Núcleo de Estudos Jurídicos em Saúde e Núcleo de Apoio Técnico municipal, têm se consolidado como ferramentas importantes para o enfrentamento racional do processo de judicialização no âmbito municipal.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Judicialização. Reflexos administrativos da judicialização.

### Introdução

O acesso ao Judiciário em busca de efetivação do direito à saúde apresenta uma demanda crescente. O que se convencionou chamar de judicialização da saúde provoca preocupações que não são exclusivas das instituições judiciais como também de todas as instituições e entes federativos envolvidos direta ou indiretamente com a temática em tela.

Nesse contexto, observa-se que, se por um lado muito tem sido escrito sobre judicialização enquanto mecanismo de viabilização do direito fundamental à saúde, condição importante para efetivação do Estado Democrático de Direito, esse fenômeno não tem a mesma repercussão nos estudos sob o prisma da gestão pública municipal, em especial, não existindo clareza sobre os percalços que os municípios enfrentam para

<sup>1</sup> Fundação Escola Saúde Pública de Palmas-TO. E-mail: diaquelem@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Tocantins



garantir a prestação da tutela jurisdicional conquistada, o que na maioria das vezes fragiliza a assistência integral à população em geral.

Nesse sentido, é importante analisar as repercussões da judicialização da saúde na organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO identificando os mecanismos que a gestão pública municipal tem elaborado para enfrentamento mais racional dos entraves que surgem no decorrer do processo.

## **Metodologia**

Com o objetivo de se atingir os objetivos propostos, optou-se por uma pesquisa baseada no método dedutivo, bibliográfica, documental, exploratória e quanti-qualitativa. Nesse sentido, foram explorados documentos diversos tais como a Constituição, leis, recomendações, resoluções, portarias, doutrinas, dissertações, artigos científicos, relatórios de gestão, Plano Municipal de Saúde, Plano Estadual de Saúde, dentre outros.

## **Resultados e discussão**

Inúmeros são os autores que procuraram retratar o tema a respeito do crescente número de demandas judiciais envolvendo o setor de saúde no Brasil, muito foi escrito a respeito desse panorama, porém, poucos são os trabalhos que buscaram a descrição desse fenômeno sob o prisma dos municípios que por possuírem em geral uma menor parcela do orçamento acabam por arcar com maiores despesas por serem mais requisitados no polo passivo das demandas judiciais.

Os reflexos da judicialização são analisados sob o viés do impacto orçamentário e do problema de saúde pública, com relação ao primeiro impacto, destaca-se o peso de ações judiciais, a exemplo das solicitações de medicamentos que são as demandas mais comuns sobre os orçamentos municipais. A consequência desse primeiro impacto leva ao segundo, pois, a execução das políticas públicas é diretamente afetada. Tais conclusões baseiam-se em uma pesquisa realizada com todas as secretarias de saúde dos municípios brasileiros, totalizando 1.276 municípios que efetivamente responderam a um questionário específico. Com os resultados obtidos, encontrou-se que em mais da metade dos municípios analisados o problema da judicialização da saúde tem impactado o orçamento público (1).





Nesse sentido, refletir sobre o processo de judicialização da saúde levando-se em consideração os aspectos peculiares da esfera municipal é imprescindível para identificação de pontos que merecem melhor atenção do gestor para a proposição de soluções viáveis e efetivas frente ao crescente número das demandas judiciais.

Ocorre que a maior parte das liminares concedidas estabelece um prazo diminuto para que o medicamento seja dispensado ao usuário, nota-se que nesse breve intervalo se faz necessário a instrução do processo, aquisição, entrega do medicamento ou produto pela empresa e a dispensação ao paciente. Quando se tratam de medicamentos que não são padronizados e conseqüentemente não integram nenhum Programa é bem provável que também não estejam disponíveis no estoque e é diante desses fatos que para atendimento à demanda judicial solicita-se a aquisição por dispensa de licitação por emergência ou declaração de inexigibilidade por exclusividade, encontrando fundamentação legal, respectivamente, o inciso IV do artigo 24 e o inciso I do artigo 25, ambos da Lei n. 8.666/93 (2).

Nesse contexto, sendo a perspectiva do aumento da judicialização algo concreto, se faz necessário refletir a respeito de alternativas que possam diminuir a sua incidência ao passo que se busca despertar os vários setores da gestão pública para propositura de soluções mais rápidas e viáveis para as demandas judiciais sem, contudo, desconsiderar a dimensão política da judicialização em saúde, que exige, na maioria das vezes, soluções coletivas a curto, médio e longo prazo.

### **Reflexos administrativos**

Nesse cenário, a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO tem cogitado dentre outras alternativas a utilização do Cartão Corporativo, instituído em âmbito municipal através do decreto Nº 124, de 10 de março de 2010 para atender às demandas solicitadas com caráter de urgência em prazo viável.

Convém evidenciar que o pagamento com Cartão Corporativo é um meio que visa proporcionar à Administração Pública mais agilidade, controle e modernidade na gestão de recursos, porém, conforme determina Manual elaborado pela Controladoria Geral da União (CGU) com base na legislação que orienta essa temática como a Lei 4.320/64, Decreto-Lei nº 200/67, Decreto nº 5.355/2005, Decreto nº 6.370/2007, as despesas que



podem ser feitas com Cartão Corporativo são aquelas passíveis de enquadramento como Suprimento de Fundos.

Entende-se por Suprimento de Fundos o adiantamento concedido a servidor, a critério e sob a responsabilidade do Ordenador de Despesas apresentando prazo determinado para aplicação e comprovação de gastos. As despesas com recursos de Suprimento de Fundos somente serão consideradas elegíveis quando restarem demonstrados: pequeno vulto, o caráter excepcional da aquisição, a impossibilidade e a vantagem de não serem submetidas ao processo normal de aplicação e o interesse público (3).

A respeito das demandas judiciais envolvendo medicamentos foi publicado o Decreto nº 1.279, de 29 de julho de 2016, o qual disciplina procedimentos a serem adotados pelos servidores públicos municipais na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames e procedimentos de saúde:

Art. 1º Ficam os servidores públicos municipais, em suas atribuições funcionais no SUS, autorizados por legislações específicas, obrigados a prescrever medicamentos e solicitar exames e procedimentos de saúde nos termos **das políticas públicas, das listas padronizadas e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)** do Sistema Único de Saúde (SUS) e **normativas** da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas. (GRIFEI)

Além desses meios alternativos, cabe ainda dissertar a respeito da atuação do Núcleo de Estudos Jurídicos em Saúde (NEJS) e Núcleo de Apoio Técnico Municipal (NAT), estratégias descritas nos tópicos que se seguem.

### **A atuação do núcleo de estudos jurídicos em saúde**

A proposta de construção de um saber integrado que estimule a discussão entre as ciências jurídicas e a saúde é uma das inúmeras alternativas para questões que envolvam o Direito, a Saúde e a Cidadania.

O campo do Direito e o da Saúde, devido suas complexidades, necessitam de aproximações a partir da melhor qualificação dos profissionais que atuam nessas duas grandes áreas do saber de tal forma que seja possível uma real aproximação dos legítimos interesses da população.



Assim, a criação de espaços que possibilitem diálogos e articulações entre esses dois campos têm a capacidade de aperfeiçoar tanto o cotidiano dos processos decisórios, judiciais e sanitários quanto estimular a formação e aperfeiçoamento de recursos humanos capazes de atuar na interface saúde e direito de forma mais consciente e, portanto, mais efetiva.

Sendo assim, o Núcleo de Estudos Jurídicos (NEJS) criado pela Fundação Escola Saúde Pública de Palmas em Portaria Conjunta com a Secretaria Municipal da Saúde (portaria institucional Nº 17/SEMUS/FESP, de 29 de junho de 2016) tem funcionado como uma das estratégias para acompanhamento e apoio às demandas relativas à saúde pública, no âmbito do Poder Executivo municipal a fim de estimular a prática de estudos jurídicos tendo como eixo a melhoria na perspectiva da diversidade em todos os níveis facilitando assim a interlocução fundamentada entre os diversos setores que são impactados pela Judicialização na busca de soluções viáveis e mais justas tanto para Gestão Pública como para os usuários do Sistema Único de Saúde local.

O Núcleo é composto atualmente por 13 (treze) integrantes os quais recebem para execução de suas atividades bolsa de desenvolvimento científico com fulcro no art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, contando com representantes em sua maioria da Assessoria Jurídica, Comissão Especial de Credenciamento (COMEC), Núcleo de Apoio Técnico em Saúde (NAT), Vigilância Sanitária, Auditoria, Fundação Escola Saúde Pública de Palmas.

A coordenação do NEJS fica sob a responsabilidade de representante indicado pela gestão com lotação na Assessoria Jurídica

Busca-se com a iniciativa otimizar a problemática da Política Pública, por meio de iniciativas que têm como base a identificação de evidências que apontam as necessidades de cooperação/apoio a ser desenvolvido junto ao gestor, tanto para dirimir conflitos de judicialização da saúde, quanto para exercer o alinhamento dos projetos com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, tornando ferramenta fundamental no âmbito da gestão.

Para isso o Núcleo tem como objetivos fortalecer e consolidar a prática da pesquisa jurídica no âmbito do SUS; desenvolver parcerias através de experiências que focalizem a qualidade através do exercício do direito pelos sujeitos demandatários; exercitar atividades que dialoguem com as diversas áreas de conhecimento na produção de práticas jurídicas;



promover ações que demandem celeridade aos processos; fomentar o uso das novas tecnologias e ferramentas de comunicação em ambientes virtuais de aprendizagem.

Prioriza-se o desenvolvimento de mecanismos técnicos, estratégias organizacionais de qualificação das ações em saúde, o fortalecimento das equipes técnicas, a realização de estudos e pesquisas com a divulgação de informações estratégicas, trabalhos estes pautados pela concepção de atender as especificidades da gestão no âmbito do SUS, tendo como base um amplo processo de cooperação, envolvendo além dos servidores, gestores e as instituições de ensino e pesquisa.

Com a execução dos planos de intervenção individuais com foco nos setores envolvidos objetiva-se conferir à Administração Pública da Secretaria Municipal de Saúde meios viáveis para se assegurar o alcance dos Princípios da Administração Pública quais sejam, Eficiência, Eficácia e Economicidade dentro de um contexto onde são priorizados os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.

### **Atuação do núcleo de apoio técnico municipal**

Com intuito de acompanhar a dinâmica da saúde pública brasileira e aperfeiçoar-se na oferta de uma jurisdição que atenda aos anseios sociais, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) por meio da Recomendação Nº 31, de 30 de março de 2010, solicitou aos Tribunais de Justiça a adoção de mecanismos para assegurar maior eficácia na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

O Tribunal de Justiça do Tocantins em consonância com a recomendação do CNJ instituiu o Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins – CEMAS-TO, que tem como objetivo o monitoramento das ações judiciais que envolvam a prestação de assistência à saúde.

Dentre as estratégias adotadas pelo judiciário tocantinense merece destaque a adoção do termo de cooperação com as Secretarias de saúde do Estado do Tocantins, Município de Araguaína e Município de Palmas para a implantação dos Núcleos de Apoio Técnico.

Quanto aos procedimentos realizados no âmbito do NAT, o Núcleo analisa o pedido do autor, com atenção especial aos documentos médicos apresentados na peça inicial e a partir disso elabora parecer técnico-científico o qual é anexado aos autos do processo, destaca a autora que tal parecer é um documento informativo elaborado por especialistas a





pedido de uma das partes do processo com a finalidade de avaliar certa situação e dados pré-existentes no processo, servindo para o livre convencimento do magistrado, permitido pela lei e não como documento postulatório ou probatório no sentido estrito do processo. Logo, esse parecer se aproxima de uma consulta que o magistrado pode realizar a documento técnico ou profissional que seja de sua confiança, com a diferença que o NAT está institucionalizado existindo recomendação da gestão judiciária quanto ao uso desse tipo de assessoria pelos magistrados (4).

O Núcleo possui uma equipe mínima composta por 01 presidente, 01 assistente administrativo, 01 bacharel em Direito, 01 enfermeiro, 01 farmacêutico, 01 nutricionista, sendo que a secretaria da saúde disponibiliza, quando necessário, um médico especialista que auxilia na elaboração de pareceres (5).

Os pareceres do NAT influenciam na decisão do magistrado no ano de 2014 dos processos em que o NAT estadual emitiu parecer, 52,98% foram acatados totalmente, 17,88% foram acatados parcialmente, atingindo um montante de 70,86% de decisões em harmonia com o parecer emitido pelo Núcleo (5).

Em especial, no município de Palmas, o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) foi instituído por meio da Portaria Nº 468/SEMUS/GAB, de 27 de maio de 2016, publicado no Diário Oficial do Município de Palmas Nº 1.511.

Cabe ainda ao Núcleo de Apoio Técnico o fornecimento de informações sobre a previsão de existência ou não de políticas públicas nos casos concretos. Desta forma, as notas técnicas emitidas pelo NAT devem indicar se os documentos que porventura sejam juntados aos autos estão em observância aos aspectos exigidos pela Política Pública do SUS, sendo responsável ainda pela emissão de informações nas fases pré-processual e processual.

No ano de 2014 (janeiro a dezembro), foram encaminhadas 775 consultas ao NAT estadual, 286 judiciais e 489 extrajudiciais. Em 2015, essas consultas totalizaram 1.361 sendo 511 judiciais e 850 extrajudiciais. Observando-se um aumento significativo de mais de 75% no número de consultas (6).

Levantamentos sobre a atuação do NAT municipal revelam que entre os meses de agosto a dezembro de 2016, o NAT de Palmas emitiu 52 Notas Técnicas tendo como o principal demandante a Defensoria Pública do Estado do Tocantins



Dessas Notas Técnicas 44 (quarenta e quatro) são extra-judiciais e 8 (oito) judiciais, não sendo possível determinar no momento quantas das demandas extra-judiciais sofreram processo de judicialização, assim como, ainda não é possível definir quantos dos pareceres emitidos foram acatados pelos magistrados por ainda não terem sido emitidas sentenças.

Contudo, é interessante destacar que dados provenientes do sistema adotado pela Prefeitura Municipal de Palmas-TO, sistema PRODATA, com base em dados fornecidos pelo setor de finanças da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas e Secretaria de Finanças, revelam um valor crescente de gastos com demandas judiciais até o ano de 2015 com um declínio de 20,6% em 2016 coincidindo com a implantação do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) de Palmas.

## **Conclusão**

Refletir sobre o processo de judicialização da saúde levando-se em consideração os aspectos peculiares da esfera municipal é imprescindível para identificação de pontos que merecem melhor atenção do gestor para a proposição de soluções viáveis e efetivas frente ao papel dos municípios no SUS e ao crescente número das demandas judiciais. Objetiva-se com essa atitude, semelhante ao que ocorre na assistência à saúde realizar diagnósticos de forma mais precoce possível, traçar prognósticos realistas e, sobretudo promover uma intervenção integral que permita avaliar as demandas desde de sua gênese até seus impactos a médio e longo prazo, com um envolvimento de todos os atores atingidos pelo processo quer sejam usuários do SUS, representantes da saúde, do Judiciário ou de outros setores impactados pela judicialização.

Nesse contexto município de Palmas frente ao fenômeno de judicialização da saúde tem realizado diagnóstico a fim de traçar suas peculiaridades na esfera municipal, identificando os principais gargalos e estimulado espaços de discussão com intuito de propor soluções factíveis, tal como se evidencia pela atuação do Núcleo de Estudos Jurídicos em Saúde e Núcleo de Apoio Técnico Municipal.

Observa-se de forma positiva o início de um processo que procura evitar que todo o esforço da gestão fique direcionado apenas para tentar garantir a execução da demanda sem elaboração de propostas de soluções para a gênese do processo, ficando evidente ainda a necessidade de diálogos cada vez mais horizontalizados entre os entes de



diferentes esferas da saúde , com o Estado e a União, com Judiciário e com os próprios usuários do Sistema Único de Saúde a fim de que vias administrativas sejam utilizadas antes de se utilizar de forma desnecessária ou abusiva o litigioso judicial, tratando-se nesse sentido, de uma possibilidade na verdade de se fortalecer a juridicização das relações sociais no âmbito do SUS.

## Referências

1. WANG, Daniel et al. Judiciário e fornecimento de insulinas análogas pelo Sistema Público de Saúde: direitos, ciência e política pública. Relatório de pesquisa do Projeto Casoteca Direito GV, 2011.
2. CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2007. 186 p.
3. CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Presidência da República. Manual Suprimentos de Fundos e Cartão de Pagamento: Perguntas e Respostas. Brasília: Gráfica Brasil, 2008. 3-5 p. Disponível em:<<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/orientacoes-aos-gestores/arquivos/suprimento-de-fundos-e-cartao-de-pagamento.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
4. SILVA, Miriam Ventura da. O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. / Miriam Ventura da Silva. -- 2012. xi,186 f. : tab.
5. RADDATZ, Lucimara Andreia Moreira. O Conflito entre o Público e o Privado: As Enfermidades do Sistema e a Judicialização da Saúde no Estado do Tocantins. Palmas,TO, 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal do Tocantins –Campus Universitário de Palmas – Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos, 2015.
6. FARIAS, Dorane Rodrigues. Judicialização da saúde: aspectos processuais e Institucionais na efetivação do direito à saúde pública no Estado do Tocantins. Palmas-TO,2016.Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Palmas – Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos, 2016
7. ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível<<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em:05 abr. 2017.
- 8.





## A Responsabilidade Civil do Estado pelos danos causados por Organizações Sociais na prestação de serviços públicos de saúde

Oswaldo Luís Caetano Senger<sup>1</sup>  
Cláudia Moraes da Silva  
Alex Gomes Seixas

**RESUMO:** O presente trabalho objetiva discutir o limite da responsabilidade civil do Estado em relação a danos causados a terceiros pelas Organizações Sociais prestadoras de serviço público de Saúde. Levantaremos algumas reflexões quanto à existência ou não de solidariedade entre o Poder Público e essas entidades do denominado Terceiro Setor.

**Palavras-chave:** responsabilidade civil do estado, danos, serviço público de saúde, Organizações Sociais (OS)

### Introdução

A responsabilidade civil do Estado significa o dever de reparação dos danos causados pela conduta estatal, comissiva ou omissiva (1).

O art. 37, § 6º da Constituição Federal e o artigo 43 do Código Civil, preveem que o Estado responde objetivamente pelos danos que seus agentes causarem a terceiros, admitindo-se algumas excludentes de responsabilidade, tais como a culpa exclusiva da vítima e o caso fortuito (2).

Como vivemos num estado democrático de direito, a forma encontrada de dividir os ônus e encargos sociais é distribuir por toda a coletividade, as consequências danosas do funcionamento do serviço público.

Impera a teoria do chamado risco administrativo, em que se estabelece a responsabilidade do Estado pelos danos que os seus agentes causem a terceiros. Não se perquire se o agente público causador do dano agiu com dolo ou culpa, a pessoa jurídica de direito público sempre responderá, desde que se estabeleça um nexo de causalidade entre o ato da Administração e o prejuízo sofrido. É a denominada responsabilidade objetiva.

Tema de intensos debates doutrinários e jurisprudenciais estabeleceu-se sobre a responsabilização do Estado pelos atos omissivos. Há autores que entendem que a responsabilidade também seria objetiva, outros entendem que seria subjetiva e, portanto, imprescindível a demonstração de culpa.

---

<sup>1</sup> Universidade Santa Cecília – Unisanta. E-mail: oswaldo.senger@uol.com.br





Apreciando recentemente a questão, o Supremo Tribunal Federal decidiu que:

[...]

“as pessoas jurídicas de direito público respondem objetivamente pelos danos que causarem a terceiros, com fundamento no art. 37, § 6º, da Constituição Federal, tanto por atos comissivos quanto por atos omissivos, desde que demonstrado o nexó causal entre o dano e a omissão do Poder Público” (STF, 2ª T., ARE 868.610 AgR, Rel. Min. Dias Toffoli, julgado em 26.05.2015).

Fator de destaque na nova ordem constitucional, diz respeito à responsabilidade objetiva das pessoas jurídicas de direito privado, prestadoras de serviços públicos.

Tal como as pessoas jurídicas de Direito Público, a empresa pública, a economia mista e os concessionários, permissionários e autorizatários de serviços públicos estão sujeitos ao mesmo regime da Administração Pública no que respeita à responsabilidade civil (3).

Esses prestadores de serviços públicos (art. 175 da C.F.), que responderão objetivamente, não podem ser confundidos com as empresas que executam atividades econômicas (que estão sujeitas ao regime jurídico das empresas privadas – art. 173 e § 1º da C.F.). Estas até poderão responder subjetivamente, mas não com base na Constituição Federal (como aquelas), mas sim no art. 12 ou 14 do Código de Defesa do Consumidor ou do art. 927 do Código Civil.

Eventual indenização a ser paga por esses particulares prestadores de serviços públicos, deverá ser suportada com o seu próprio patrimônio. E não o Estado por elas e nem com elas. No máximo, poder-se-ia falar em responsabilidade subsidiária do Estado, uma vez exauridos os recursos da entidade prestadora de serviços públicos. Se o Estado escolheu mal aquele a quem atribuiu a execução de serviços públicos, deve responder subsidiariamente caso o mesmo se torne insolvente (3).

Quando o Estado presta serviços públicos na área da saúde, seja diretamente ou através de terceiros, podem ocorrer acidentes de natureza pessoal, que ocasionam danos irreparáveis, às vezes fatais, em virtude de culpa, por imprudência, negligência ou imperícia.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, consoante dispõe o art. 196, da Constituição Federal. O texto constitucional, dispõe, ainda, no art. 197, que as ações e serviços públicos de saúde são de relevância pública, e que a execução desses serviços deve ser feita diretamente pelo Poder Público ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.



Atualmente, a prestação de serviços públicos de saúde por meio de organizações sociais, tem se tornado medida crescente no Brasil. E, com esse novo modelo de gestão, que surgiu com o advento da Lei n. 9.637/98, o Poder Público celebra contrato de gestão com essas entidades, de onde surgem inúmeros debates acerca da responsabilização pelos danos causados a terceiros, se do Poder Público ou a Organização Social, e ainda se há solidariedade entre as referidas pessoas jurídicas.

Este artigo visa a abordagem dessas indagações, e sem pretensão de esgotar a discussão, pretende-se contribuir para que questões desse cunho sejam debatidas de forma mais profunda.

## **Metodologia**

O presente estudo descritivo foi realizado com base em pesquisa bibliográfica com o objetivo de verificar a literatura que versa sobre a responsabilidade civil do Estado na área da saúde e as organizações sociais.

Realizou-se, ainda, pesquisa jurisprudencial na base de dados do Tribunal de Justiça de São Paulo no endereço eletrônico <[www.tjsp.jus.br](http://www.tjsp.jus.br)> (acesso em março e abril de 2017), selecionando-se algumas decisões existentes sobre a questão, visando a constatar qual entendimento tende a prevalecer. Foram utilizados como descritores “responsabilidade civil do estado por erro médico”, “indenização por erro médico” e “responsabilidade civil das organizações sociais”, excluindo os recursos que não diziam respeito a pedido de indenização em razão de falha no serviço de saúde prestado por organizações sociais.

## **Resultados e discussão**

### **A responsabilidade civil do estado na área da saúde**

A responsabilidade estatal pelos danos sofridos pelos usuários do serviço de saúde em hospitais públicos, bem como naqueles que têm convênio com o INSS, deverá ser informada pela teoria objetiva, pois se trata de responsabilidade de agente do Poder Público. Esse tipo de responsabilidade só é elidível com prova de caso fortuito ou de força maior ou, ainda, por falta de nexo causal entre o fato e o dano, como no caso de culpa exclusiva da vítima (4).

É objetiva, pois fundada na culpa anônima da Administração ou na falha do serviço médico prestado. Mas não chega a ser considerada como de risco integral. Para o



reconhecimento dessa responsabilidade, deve-se partir do pressuposto da precariedade ou deficiência do serviço prestado, não se admitindo a inversão do ônus probatório do Código de Defesa do Consumidor (4).

Essa responsabilização estatal somente ocorrerá se configurada a falha estatal e identificado como causa do evento danoso reclamado pela vítima ou seus dependentes; a simples lesão incapacitante ou a morte do paciente inserem-se no risco natural do tratamento médico, ainda que prestado por agente do estado, pois também aqui a recuperação do doente ou lesado não deixa e representar uma obrigação de meio e não de resultado; o que se pode admitir, em sede de responsabilidade civil da entidade estatal, é apenas uma presunção de que o agravamento da moléstia ou o perecimento do paciente tenham tido a sua causa na deficiência, precariedade ou emissão do serviço médico-assistencial prestado pelo hospital, a se permitir a contraprova de uma alegada excludente da causa pretendida, no sentido da demonstração de que o dever jurídico do Estado foi razoavelmente cumprido através da prestação de um serviço adequado e compatível; em outros termos, no sentido de que o evento danoso não encontra a sua causa numa pretensa falta do serviço público; a esta causa excludente de responsabilidade acrescentam-se as excludentes do caso fortuito ou da força maior, do fato imputável ao próprio paciente ou a terceiros (4).

Não elide a responsabilidade estatal, em nenhum caso, e principalmente em função do art. 37, § 6º, da Constituição, ter ocorrido o evento danoso em hospital ou estabelecimento conveniado, havendo assim “verdadeira sub-rogação da preposição”: o serviço prestado pelo nosocômio, enquanto conveniado promotor da saúde coletiva, é público (4).

### **A responsabilidade civil das organizações sociais de saúde (os)**

Primeiramente, torna-se necessário fazer breves e sucintas considerações sobre o que vem a ser Organizações Sociais, que podem ser assim definidas como “instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8080/90 (5) ”.

As Organizações Sociais – OS – surgiram a partir do processo de implementação do Programa Nacional de Publicização, por meio do qual se propôs uma série de medidas



tendentes à modernização e aperfeiçoamento de gestão pública, com o objetivo principal de melhorias na prestação dos serviços públicos e no atendimento ao cidadão.

E essas medidas de modernização do Estado previam a possibilidade de alguns serviços públicos serem executados por meio de parceria entre o Poder Público e pessoas jurídicas de direito privado que atuassem em determinadas áreas de interesse público e pudessem ser habilitadas como gerenciadoras de instituições prestadoras de serviços nas áreas de educação, saúde, cultura, esporte e lazer.

Os defensores desse Programa de Publicização advogavam que certas atividades que não eram exclusivas do Poder Público, mas eram executadas por ele, melhor seriam executadas pelo setor privado.

Nesta esteira, em 15 de maio de 1998 foi aprovada a Lei Federal n. 9.637 criando essa nova figura jurídica (Organização Social – OS), e definindo que pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, seriam qualificadas como organização social.

Essa norma geral, que orienta o processo de criação e habilitação das organizações sociais nas três esferas de governo, após sofrer severas críticas da doutrina e ser impugnada por meio de ADI (ADI 1.923), teve sua constitucionalidade declarada pelo STF em abril de 2015, e atualmente é um modelo de gestão, principalmente na área da saúde de diversos entes federados.

A responsabilidade direta pela administração da unidade de saúde é das Organizações Sociais, mas o serviço de saúde continua sendo público, com os seus bens, mobiliários e equipamentos pertencendo ao Estado.

A relação das OS com o Estado seguirá os termos estabelecidos no contrato de gestão, que é o seu instrumento legal. O vínculo jurídico existente entre elas e o Estado não objetiva a delegação de atividade estatal, mas apenas o fomento de atividades privadas que satisfazem interesses sociais, elas não integram a administração indireta e se distinguem das empresas públicas, autarquias, fundações públicas ou sociedades de economia mista, principalmente no tocante à responsabilidade civil (1).

O primeiro estado brasileiro a admitir essa modalidade de gestão foi São Paulo, por meio da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998 (São Paulo, 1998), editada um mês após a Lei Federal n. 9.637/98.





Passadas quase duas décadas após a promulgação da lei retromencionada, esse modelo de gestão vem se consolidando na prestação dos serviços de saúde no Brasil, e diversos estados e municípios têm adotado as OS como proposta governamental no setor de saúde.

A título de exemplo, vale citar o Município de Santos, que passou a adotar referido modelo de gestão com a promulgação da Lei n. 2.947, de 17 de dezembro de 2013. E, a partir de então, já foram firmados 2 (dois) contratos de gestão: com a Organização Social Fundação ABC, para a execução dos serviços de saúde da UPA Central; e com o Instituto Social Hospital Alemão Oswaldo Cruz – para a execução dos serviços de saúde no Hospital dos Estivadores.

### **A responsabilidade do estado pelos danos causados por organizações sociais de saúde**

Feitas as ponderações acima, passa-se ao ponto objeto do presente estudo: A responsabilidade civil do Estado pelos danos causados pelas OS na prestação do serviço público de saúde.

Então, pergunta-se: Se a responsabilidade direta pela administração da unidade é das Organizações Sociais, mas o serviço de saúde continua sendo público, com os seus bens, mobiliários e equipamentos pertencendo ao Estado, qual a limitação da responsabilidade do Estado, na hipótese de ocorrência de danos causados a terceiros por essas entidades?

Não há consenso acerca da responsabilidade civil das OS. Há entendimento de que a responsabilidade é subjetiva porque as entidades celebram contrato e gestão ou termos de parceria e se propõem ao desempenho de serviço público, existindo, na verdade, interesses comuns e não convergentes.

Conforme José dos Santos Carvalho Filho (6):

“Em relação às organizações sociais e às organizações da sociedade civil de interesse público, qualificação jurídica atribuída a entidades de direito privado que se associam ao Poder Público em regime de parceria, poderão surgir dúvidas sobre se estariam ou não sujeitas à responsabilidade objetiva. O motivo reside na circunstância de que são elas vinculadas ao ente estatal por meio de contratos de gestão ou termos de parceria, bem como pelo fato de que se propõem ao desempenho de serviço público. Em que pese a existência desses elementos de vinculação jurídica ao Estado, entendemos que sua responsabilidade é subjetiva e, conseqüentemente,



regulada pelo Código Civil. É que esses entes não têm fins lucrativos e sua função é de auxílio ao Poder Público para melhorar o resultado de certas atividades de interesse público e do próprio Estado. Assim, não se nos afigura que esse tipo de parceria desinteressada e de cunho eminentemente social carregue o ônus da responsabilidade objetiva, quando, sem a parceria, estariam as referidas pessoas reconhecidamente sob a égide do Código Civil”.

Para o citado autor, o correto seria responsabilizar o ente federativo que firmou a parceria, porque é o Estado que se sujeita ao risco administrativo.

Há também entendimento de que a responsabilidade é subjetiva, porque a OS é entidade privada de relevância social e presta serviço em nome próprio, sendo que o vínculo com o Poder Público não é de delegação do serviço, mas sim de parceria para a consecução de finalidades sociais, não podendo se sujeitar à aplicação do art. 37, § 6º da CF (1).

Alguns autores entendem que a responsabilidade é objetiva, pois são pessoas jurídicas prestadoras de serviço público (7).

Há os que entendem que a responsabilidade estatal é sempre objetiva nos termos do art. 37, § 6º da CF, e que há a ação de regresso contra a OS (8).

Outros (1) entendem que a responsabilidade é subsidiária, porque a atividade é desempenhada em parceria, que inexiste solidariedade porque esta não pode ser presumida, ou decorre da lei ou do contrato, e inexiste norma legal atribuindo solidariedade ao Estado com os prestadores de serviços públicos; o vínculo jurídico entre o ente estatal e a OS é de convênio, atraindo a incidência do art. 70 da Lei de Licitação – 8.666/93, que fixa a responsabilidade primária do conveniado por danos causados a terceiros, na forma do art. 116 da mesma lei.

Entretanto, o art. 9º da Lei n. 9.637/98, traz regra de responsabilidade solidária do ente estatal se, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, não comunicar ao Tribunal de Contas da União.

Nessa linha, ao Estado caberia a responsabilização na modalidade subsidiária, ou seja, apenas se os bens da entidade não forem suficientes para adimplir a reparação ou indenização, pelo dano causado a terceiro, se se omitir do dever de fiscalização.

Celso Antônio Bandeira de Mello (9) sustenta ser subjetiva a responsabilidade da Administração sempre que o dano decorrer de uma omissão do Estado. Porém, referido autor pontua que há que se fazer a distinção entre omissão genérica e omissão específica.



Entende-se não ser correto dizer, sempre, que toda hipótese de dano proveniente de omissão estatal será encarada, inevitavelmente, pelo ângulo subjetivo. Assim o será quando se tratar de omissão genérica (10).

Há omissão específica quando o Estado se omitir e criar a situação propícia para a ocorrência do evento em situação em que tinha o dever de agir para impedi-lo (3).

Conforme já narrado no decorrer do presente trabalho, a responsabilização solidária do agente fiscalizador deve ser considerada na modalidade objetiva (hipótese de omissão específica), ou seja, ao Estado foi atribuído o dever individualizado de agir, pois constatada ilegalidade ou irregularidade, na utilização de recursos ou bens de origem pública, deverá o agente fiscalizador levar ao conhecimento da autoridade competente.

Neste ponto, se o órgão fiscalizador apurou ilegalidade ou irregularidade na prestação desse serviço público, comunicou aos órgãos competentes, processou ou puniu a organização social, não há que se falar em responsabilidade subsidiária do Estado.

Esse mesmo raciocínio é empregado com relação à inexistência de responsabilidade estatal no pagamento de verbas trabalhistas, objeto de prestação de serviços terceirizados pelo Estado.

No caso, o parágrafo 1º, do artigo 71 da Lei de Licitações (que não permite a transferência do pagamento de encargos trabalhistas, fiscais e comerciais ao Estado, por inadimplemento do contratado), foi declarado constitucional pelo Supremo Tribunal Federal, nos autos da ADC 16, de 24/11/10.

Deste modo, idêntico raciocínio pode ser empregado ao artigo 9º da Lei nº 9.637/98; ou seja, somente quando houver falha na fiscalização do contrato de gestão ou do termo de parceria é que o Estado poderá ser responsabilizado por danos eventualmente causados por uma organização social e, mesmo assim, somente se o seu patrimônio não suportar a indenização devida ao prejudicado.

Na jurisprudência o tema ainda é muito incipiente, e dos dados coletados constatou-se que embora o debate ainda seja intenso, tende a prevalecer o entendimento de que a responsabilidade do Estado pelos danos causados pelas organizações sociais de saúde é subsidiária (11).

## **Conclusão**

A proposta governamental de que os serviços de saúde sejam prestados por meio das chamadas Organizações Sociais (OS), é tendência que vem sendo adotada no Brasil.





No entanto, a delegação da prestação dos serviços públicos de saúde não afasta a responsabilidade civil do Estado, que deve responder de forma objetiva imprópria, solidária e subsidiária, no caso de atos comissivos ou omissivos praticados pelas Organizações Sociais enquanto prestadoras dos serviços públicos.

A responsabilidade é objetiva imprópria em razão de o dever de indenizar depender da comprovação da culpa na conduta médica, sendo o Poder Público solidariamente responsável pelo dano causado perante o lesado, mas com responsabilidade patrimonial subsidiária, ou seja, somente será possível atingir o erário caso se esgotem os bens exequíveis da Organização Social prestadora do serviço público, e ainda, assim, se se comprovar que o ente estatal se omitiu do dever de fiscalizar adequadamente os serviços.

## Referências

1. OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. Curso de Direito Administrativo. 2.ed.rev, atual.e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método: 2014.
2. PEREIRA, Caio Mário da Silva. Responsabilidade Civil. 11ª Ed. – Rio de Janeiro: Editora Forense. 2016, p. 171/195.
3. FILHO, Sergio Cavalieri. Programa de Responsabilidade Civil. 12ª Ed. – São Paulo: Editora Atlas. 2015, p. 340/345.
4. CAHALI, Yussef Said. Responsabilidade Civil do Estado. 5ª Ed. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2014, p. 251-252, 255 e 257/58
5. BRASIL. <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>. Acesso em: 08 abril 2017.
6. CARVALHO FILHO, José dos Santos. Manual de Direito Administrativo. 30. ed. rev. atual. e ampl. - São Paulo: Atlas, 2016 – p. 587/588
7. FORTINI, Cristina. Organizações Sociais: Natureza Jurídica da Responsabilidade Civil das Organizações Sociais em face de Danos causados a terceiros, publicado na Revista do Curso de Direito do Centro Univ. Metod. Izabela Hendrix, v.4. 2004, p. 13-19.
8. JÚNIOR, José Cretella. O Estado e a obrigação de indenizar. 2ª Ed. – Rio de Janeiro: Editora Forense. 2002, p. 284.
9. BANDEIRA DE MELLO, Celso Antonio. Curso de direito administrativo. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2010. p. 1012/1013
10. CASTRO, Guilherme Couto de. A responsabilidade civil objetiva no direito brasileiro. Rio de Janeiro: Forense, 1997. p.37; apud OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende.





Curso de Direito Administrativo. 2.ed.rev, atual.e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método: 2014, p. 702

11. SÃO PAULO, Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – Consulta de Processos do Segundo Grau – [www.tjsp.jus.br](http://www.tjsp.jus.br) – acesso em março e abril 2017



## A importância da triagem nutricional no adulto hospitalizado.

Thaisy Correia Guerra Delgado<sup>1</sup>  
Rita de Cássia da Silva<sup>2</sup>  
Gustavo Goldzveig<sup>3</sup>

**RESUMO:** A desnutrição hospitalar ainda é bastante frequente nos dias de hoje. Neste contexto, todo esforço deve ser realizado para reconhecer e identificar precocemente, os pacientes com risco nutricional, por meio de triagem nutricional, que identifica indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição. A manutenção do estado nutricional é imprescindível para a preservação e recuperação da saúde.

Palavras Chave: Desnutrição Hospitalar, Triagem Nutricional, Risco Nutricional

**ABSTRACT:** Hospital malnutrition is still common today. In this context, every effort should be made to recognize and early identify patients at nutritional risk through nutritional screening that identifies individuals malnourished or at risk of malnutrition. The maintenance of nutritional status is essential for the preservation and restoration of health.

Key Words: Hospital Malnutrition, Nutrition Screening, Nutritional Risk

### Introdução

No Brasil e no mundo, vários estudos têm apontado a alta prevalência de desnutrição em pacientes internados. (1)

Este distúrbio relaciona-se em grande parte com aumento de complicações clínicas e mortalidade, além de contribuir para prolongar o tempo de hospitalização, e aumentando assim os custos hospitalares. (2)

A manutenção do estado nutricional é imprescindível para a preservação e recuperação da saúde. A identificação precoce do risco nutricional possibilita uma intervenção e cuidados nutricionais mais adequados. (3)

Neste contexto, todo esforço deve ser realizado para reconhecer e identificar precocemente, os pacientes com risco nutricional, por meio de um método efetivo de triagem nutricional, visando a prevenção da deterioração do estado nutricional. (4)

A Associação Dietética Americana (ADA), o Comitê das Organizações de Saúde (JCHO) e a Iniciativa de Triagem Nutricional (NSI) definiram triagem nutricional como o

---

<sup>1</sup> Mestrando do Curso de Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília

<sup>2</sup> Mestrando do Curso de Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília

<sup>3</sup> Mestrando do Curso de Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília



processo de identificação das características que se sabe estarem associadas a problemas dietéticos ou nutricionais. (5)

A Aspen (*American Society Parenteral and Enteral Nutrition*) considera que a perda de peso, presença de doenças crônicas, aumento das necessidades nutricionais e alterações dietéticas são fatores de risco que podem comprometer o estado nutricional do paciente. (6)

A triagem nutricional é um procedimento que tem como objetivo identificar pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, com o intuito de analisar a necessidade de uma avaliação complementar mais detalhada.

A detecção precoce auxilia no cuidado nutricional e na prevenção de complicações, deve ser realizada até 72 horas da admissão do paciente, podendo ser realizada por qualquer profissional de saúde. Segundo a Aspen, em unidades de terapia intensiva essa detecção precoce deve ocorrer em até 24 horas. (6)

O ministério da Saúde tem reconhecido a importância do rastreamento do processo de desnutrição, por isso em 7 de março de 2005, entrou em vigor a portaria 343 que tornou obrigatória a implantação de protocolos de triagem e avaliação nutricional para o acompanhamento desses pacientes nos hospitais do SUS. (7)

Mesmo sabendo que com a detecção precoce do risco nutricional, é possível minimizar ou prevenir a deterioração do estado nutricional, percebe-se na prática clínica, muitos poucos hospitais utilizando o processo de triagem nutricional

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo mostrar a importância da Triagem Nutricional.

## **Objetivo**

Analisar a importância da Triagem Nutricional.

## **Metodologia**

A fundamentação teórica foi realizada por meio de revisão bibliográfica de artigos científicos publicados nos últimos cinco anos, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), United States National Library of Medicine (PubMed) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), livros e portarias do Ministério da Saúde. A estratégia de busca utilizou as seguintes palavras-chave: Desnutrição Hospitalar, Triagem Nutricional e Risco Nutricional.



## Discussão

A prevalência de desnutrição hospitalar tem crescido muito no Brasil. Atualmente diversos estudos têm correlacionado a evolução clínica com o estado nutricional, pois a capacidade de reagirmos a patologia depende em grande parte de um adequado estado nutricional.(1,2)

O sistema imunológico e as funções cognitivas tornam-se comprometidos, tornando-se fator de risco para complicações infecciosas, delírios, reações adversas a medicações e cicatrização prejudicada (8)

Outros estudos, correlacionam a desnutrição, com o aumento de complicações clínicas e mortalidade, aumento dos custos hospitalares e maior tempo de internação. Além disso, quanto maior o período de permanência no hospital, maior é o risco de se agravar a desnutrição. (9)

Os pacientes hospitalizados estão sujeitos a apresentarem alterações nutricionais, que, se não diagnosticados e tratados precocemente, acarretam um quadro de desnutrição. São assim, por diversos fatores, entre eles o aumento das necessidades energéticas, diminuição da capacidade de digestão e absorção dos nutrientes, períodos prolongados de jejum, o próprio ambiente hospitalar, no qual o paciente não está familiarizado, o próprio preconceito do paciente em relação a alimentação servida que é tida como de baixa qualidade (10)

A avaliação nutricional e a determinação do diagnóstico nutricional no início da internação permitem identificar indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrir-se e instituir terapia nutricional adequada que vise à recuperação do estado nutricional e à prevenção de complicações relacionadas à desnutrição.

Por tudo isso, é fundamental a identificação precoce do risco nutricional, por meio de um método efetivo de triagem, visando a prevenção da desnutrição ou promovendo sua recuperação. (3)

A inserção de um método de triagem nutricional para identificação de risco nutricional tem sido recomendada, nacional e internacionalmente, por organizações de especialistas, com o objetivo de avaliar efeitos físicos e fisiológicos adversos de pacientes com doenças crônicas degenerativas e/ou lesões agudas. (6)





O risco nutricional se refere ao risco do paciente desenvolver complicações em decorrência do estado nutricional prejudicado. Portanto, a avaliação do risco nutricional é o primeiro passo no processo de cuidados nutricionais, pois possibilita ao profissional de saúde intervir antes do agravamento do estado nutricional. (4)

A triagem nutricional é um procedimento simples e rápido, que consiste na realização de um inquérito ao paciente ou seus familiares com a finalidade de identificar o risco nutricional. (2,11)

O principal objetivo da triagem nutricional é identificar rapidamente indivíduos que se encontrem em risco nutricional, sinalizando aqueles pacientes que poderiam beneficiar-se da terapia nutricional. Esta identificação deve ser realizada nas primeiras 24 horas a no máximo 72 horas após a internação. (11)

Considerando a relevância da Triagem Nutricional, o Ministério da Saúde através da portaria GM/MS Nº 343, de 07 de março de 2005 instituiu mecanismos para organização e implantação de Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, estabeleceu normas técnicas e operacionais para regulamentar a aplicação desta prática. (7)

Para a identificação precoce de pacientes desnutridos e conseqüente intervenção, além de prevenção da desnutrição, o ideal seria promover a conscientização dos profissionais de saúde quanto aos aspectos nutricionais, implantando a triagem nutricional como atividade de rotina nos hospitais, e tornando real a cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) dos custos provenientes de avaliação do estado nutricional, assim como dos materiais e equipamentos necessários à aplicação da terapia nutricional Cabe aos profissionais de saúde instituir iniciativas educacionais para esclarecer as equipes de saúde e a população sobre a importância do diagnóstico e do tratamento da desnutrição hospitalar.

## **Conclusão**

Conclui-se que a triagem nutricional deve ser, portanto, parte da atenção primária de todos os pacientes, para maior sobrevivência ao paciente a fim de prevenir a desnutrição hospitalar e suas conseqüências.

A escolha do método de triagem nutricional ideal deve considerar o contexto no qual o paciente está inserido, além de aspectos como recursos humanos e físicos disponíveis. O melhor método será aquele que contemplar fácil acesso, baixo custo e bom prognóstico



## Referências

1. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Hojlund Larsen I, Martinsen A, Andersen JR, Baernthsen H, Bunch E, Lauensen N. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002;21(6):461-8.
2. Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Nascimento M, Castro M, Marques P et al. Comparation of nutritional risk screening tools for predicting clinical outcomes in hospitalized patients. *Nutrition* 2010;26:721-6.
3. Valle FCR, Logrado MHG. Estudos de Validação de Ferramenta de triagem e avaliação nutricional: uma revisão acerca da sensibilidade e especificidade. *Com. Ciências Saúde* 2013;22(4):31-46.
4. American Dietetic Association (ADA 2002). Position of American Dietetic Association: nutrition services in managed care. *J Am Diet Assoc.* 2002;102:14718.
5. A.S.P.E.N (Americam Society for Parenteral and Enteral Nutrition) Board of Directoresanda Standards Committee. Definition of terms, style, and convetions used in ASPEN Guidelines and standards. *NutrClinPract*, 2005;20:281-5.
6. Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 343 de 7 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para a implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Brasília; 2005. [capturado em 2014 fev. 01]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-343.htm>.
7. Fonseca MM, Melo MC, El-Kik PM. Frequência de Realização de Triagem Nutricional em pacientes adultos hospitalizados. *Rev Grad* 2012;(5)
8. Aquino RC, Philippi ST. Desenvolvimento e avaliação de instrumentos de triagem nutricional. *Ver Bras Enferm.* 2012; 65(4): 607-13
9. Sousa VMC, Guariento ME. Avaliação do idoso Desnutrido. *Rev Bras Clin Med* 2009;7:46-49
10. Kahokehr A; Sammour T; Wang T, Sahakian V, Plank L, D Hill, A, G. Prevalence of malnutrition on admission to hospital Acute and elective general surgical patients . e-SPEN, the European e-Jornal of Clinical Nutrition and Metabolism. Cidade V, 5 p. 21-25, 2010
11. Gout, BS; Barker L.A; Crowe TC Malnutrition Identification, diagnosis and dietetic referrals: Are we doing a good enough job? *Nutrition & Dietetics.* V. 66, p 206-211, 2009.



## A problemática do desabastecimento de medicamentos, no âmbito do Poder Público, em razão da falta de planejamento estruturado das licitações

Sheyla Suruagy Amaral Galvão do Vale<sup>1</sup>  
Thaiana Coelho Midlej<sup>2</sup>

**RESUMO:** A concretização do direito à saúde pelo Poder Público ainda é um dos assuntos mais controversos e questionados da atualidade, uma vez que não é só a falta de planejamento e desídia do Administrador Público em efetivar as políticas públicas que geram o caos nesta seara, principalmente quando trata-se de fornecimento de medicamentos à população. O problema vai muito mais além, acarretando em um estado de violação massiva e sistêmica do direito fundamental à saúde em decorrência dos bloqueios políticos institucionais. Assim, o presente articulado tem por objetivo apresentar as dificuldades e soluções quanto ao planejamento e gestão da Administração Pública, através de análise crítica com pesquisa doutrinária e jurisprudencial, concluindo-se que somente com mais eficiência na formulação de políticas públicas, com proposição de critérios e parâmetros, será efetivada a aquisição tempestiva dos medicamentos e outros materiais hospitalares, evitando-se, assim, o seu desabastecimento e que o acesso a serviços de saúde se transforme em mais um fator de iniquidade.

**Palavras-chave:** saúde; gestão; planejamento; licitação.

A judicialização do direito à saúde<sup>3</sup> ainda é tema que ocupa, em larga medida, o Judiciário brasileiro, pois o Poder Executivo, responsável direto pela efetivação de políticas públicas dessa natureza, ainda sofre consequências de sua desídia em se organizar administrativamente. Neste viés, não é difícil colher dos noticiários informações relativas à falta de compostos medicamentosos básicos no âmbito do sistema público de saúde (1), por exemplo.

O desabastecimento das farmácias que integram as estruturas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios praticamente inviabiliza os serviços de atendimento médico/hospitalar, mormente aqueles de urgência (2). Ocorre que, em inúmeros casos, a dificuldade de aquisição dos medicamentos advém da falta de planejamento estruturado do Poder Público, haja vista que, mesmo com a estimativa dos atendimentos, em cada área específica, os órgãos deixam de deflagrar certames para regularizar a distribuição de remédios e outros materiais hospitalares, principalmente com

<sup>1</sup> Universidade Santa Cecília - Santos/SP

<sup>2</sup> Universidade Santa Cecília - Santos/SP. E-mail: thaimidlej@hotmail.com

<sup>3</sup> Constituição Federal. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.





a falta de atas de registro de preços de medicamentos e insumos de sua responsabilidade, segundo a Lei 8.080/90 e a lista REMUME<sup>4</sup>.

A despeito disso, não se pode olvidar que a compra de medicamentos, no Brasil, esbarra em uma série de dificuldades, dentre as quais se insere o conluio entre sociedades empresárias farmacêuticas, as quais, em certas ocasiões, nem mesmo participam dos certames, a fim de forçar uma contratação emergencial com preços mais elevados que aqueles tradicionalmente praticados no mercado. Tal fato, porém, não exime os gestores que, quando não mancomunados com os fornecedores de medicamentos, agem com negligência na busca por soluções concretas para o problema do desabastecimento.

Nessa linha de inteligência, cumpre lembrar que o Tribunal de Contas da União (3) tem entendimento consolidado sobre a possibilidade de contratação emergencial, ainda que o fato ensejador da necessidade pública tenha sido decorrente da falta de planejamento, da desídia administrativa ou da má gestão dos recursos públicos pelo gestor.

No entanto, tal posicionamento não convalida a conduta omissiva do administrador, uma vez que esta não pode vir em prejuízo do interesse maior tutelado pela Administração, qual seja a coletividade. Sendo assim, o mesmo Tribunal de Contas reporta-se pela apuração da responsabilidade do servidor, em caso de inércia dolosa ou culposa, através de regular processo administrativo.

É verdade que, na concepção acertada do TCU, os cidadãos não podem ser prejudicados por um ato espúrio do administrador público, a exemplo do caso de omissão no adequado gerenciamento do estoque de medicamentos. Todavia, a dispensa de licitação jamais poderá emergir como regra para as compras de materiais hospitalares, tal como vem ocorrendo, diuturnamente, no Brasil, visto que o art. 24, da Lei 8.666/93 - Lei Geral de Licitações - limita o quantitativo a ser adquirido ao que for estritamente necessário para sanar a situação excepcional, devendo ser instaurado, de logo, o regular processo licitatório.

Constata-se, desta feita, que não há como abastecer os principais centros de saúde apenas com quantitativos fracionados de maneira irregular, por ducto de contratação emergencial, sob pena de persistir o desfalque de materiais hospitalares tão caros à concretização do direito à saúde.

---

4 Nota explicativa: REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.





Ademais, é inadmissível, nesse contexto, o fracionamento de licitação, para fins de contratação direta em razão do valor. Recentemente, a título de informação, tal situação foi objeto de investigação no Estado de Alagoas tanto pela Controladoria Geral da União quanto pela Polícia Federal, o que se constatou um prejuízo da ordem de mais de 230 milhões de reais (4) ao Erário, e, conseqüentemente, à população alagoana.

O que se vislumbra, inevitavelmente, é a configuração de um estado de coisas inconstitucional na saúde, haja vista a crise abranger a dificuldade estratégica dos três Poderes, em adotar soluções efetivas que apaziguem o atual estado caótico do gerenciamento da saúde.

Rodríguez Garavito e Rodríguez Franco (5) defendem que estes casos estruturais são caracterizados por: i) afetar um número amplo de pessoas que alegam a violação de seus direitos, diretamente ou através de organizações que litigam em sua causa; ii) envolver várias entidades estatais como demandadas por serem responsáveis pelas falhas sistemáticas de políticas públicas, e iii) implicar ordens de execução complexas, as quais o juiz da causa decide a várias autoridades públicas a empreender ações coordenadas para proteger toda população afetada, e não somente as partes do caso concreto.

Em sua evolução jurisprudencial, o ECI teve sua consolidação de requisitos para declaração formal pela CCC na decisão T-025 de 2004 (6), quais sejam: i) violação massiva e generalizada de vários direitos constitucionais que afeta a um número significativo de pessoas; ii) a prolongada omissão das autoridades no cumprimento de suas obrigações para garantir os direitos; iii) a adoção de práticas inconstitucionais; iv) a não expedição de medidas legislativas, administrativas e orçamentárias necessárias para evitar a violação dos direitos; v) a existência de um problema social cuja solução depende da intervenção de várias entidades, requer a adoção de um conjunto complexo e coordenado de ações e exige um nível de recursos que demanda um esforço orçamentário adicional importante e vi) um iminente congestionamento judicial pelo número alto de ações propostas.

Seguindo em convergência ao entendimento pelo estado de coisas inconstitucional, no caso retratado da saúde no Estado de Alagoas, a Procuradoria Geral do Estado de Alagoas (7), em parecer proferido pontuou a configuração fática desse estado de coisas inconstitucional na saúde pública. No teor de seu posicionamento, trouxe à baila a necessidade dos três Poderes na atuação em conjunto com o fim de cessar a falta de



medicamentos, sucateamento de hospitais, ausência de profissionais de saúde, além de outras medidas necessárias para tal.

É de conhecimento que o Executivo, muitas vezes, sofre com as dificuldades para a implementação de todas as políticas públicas necessárias ao regular aparato da saúde. Dentre elas, destaca-se o agravamento desta crise pelo Judiciário, quando este Poder profere, crescentemente, liminares desprovidas do necessário impacto financeiro ao Erário.

O resultado dessa microvisão do Judiciário, ao conceder tutelas específicas indiscriminadamente, acarreta em uma interferência negativa no plano governamental de ações e serviços que devem ser oferecidos à população como um todo (macrovisão), uma vez que contingencia verbas de destinações mais amplas para cumprir às determinações judiciais. Ainda, segundo Sampaio (8), a gestão dos recursos públicos e a visão transversal das políticas públicas, não são de conhecimento do Estado-juiz, de modo que o cumprimento das decisões em caráter individual, pode não só comprometer a integridade das políticas públicas de saúde como também de outras áreas.

Por outro lado, nota-se a omissão do Legislativo na realização de seu papel fiscalizatório e na edição de enunciados normativos mais consentâneos com o total cumprimento do desígnio constitucional, sobressaindo-se a ausência até o presente momento da Lei Complementar regulamentando a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no âmbito da saúde, conforme art. 23, parágrafo único da Constituição Federal.

Desse modo, vislumbram-se reiteradas violações ao direito fundamental grafado no art. 196, da Constituição Federal, gerando, assim, o estado de coisas inconstitucional.

É salutar, portanto, que os gestores atuem de maneira eficiente, de modo a possibilitar a aquisição tempestiva dos medicamentos e outros materiais hospitalares, com o escopo de evitar o desabastecimento.

O primeiro passo é fazer uma pesquisa detalhada dos tipos de demandas que são dirigidas à Administração Pública, a fim de estimar quais os quantitativos necessários para atender, no mínimo, um ano de fornecimento contínuo. Apesar de alguns gestores alegarem a impossibilidade de realização de um planejamento que espelhe, verdadeiramente, a realidade, em face das constantes determinações judiciais, o que se pretende é, pelo menos, diminuir as interrupções das distribuições e minorar o volume de contratações emergenciais.



Existem ferramentas à disposição do gestor para, levando-se em conta uma demanda em potencial, viabilizar a contratação daquilo que for necessário ao atendimento da necessidade pública. O registro de preços, expressamente consignado na Lei 8.666/93, em seu artigo 15, é um instrumento efetivo que se adequa ao planejamento estratégico imprescindível ao abastecimento dos órgãos de saúde, até porque a existência de preços registrados não obriga a Administração a firmar contratações que deles poderão advir.

Lado outro, é fundamental que se investiguem as sociedades empresárias que não participam dos certames licitatórios de medicamentos, mas, com frequência, são contratadas em procedimentos emergenciais. Não é crível que as licitações sejam desertas e, posteriormente, surja uma série de interessados em vender tais produtos para a Administração Pública, através de procedimento de dispensa de licitação.

Nesse ponto, é fundamental que se crie uma rede estruturada entre vários órgãos (Controladoria, Advocacia Pública, Tribunal de Contas, Ministério Público, Polícia Civil e Federal, dentre outros), com o intuito de coibir rotineiros desvios e impropriedades na gestão da saúde, bem como de facilitar o intercâmbio de informações, para que se tenha uma atuação preventiva.

Ademais, é de substancial importância que os servidores responsáveis pela aquisição de medicamentos sejam adequadamente treinados, em um modelo de compliance no serviço público, de modo a garantir que exista um programa de integridade, com padrões éticos suficientes a alterar modelos de conduta acostumados à ineficiência. Afinal de contas, de nada adianta impor rotinas de trabalho profícuas, se os servidores estão atuando em contrariedade aos interesses da Administração. Sobre o compilando, no âmbito da Administração Pública, posiciona-se Ricardo Breier (9):

Desta feita, se agiganta como o grande desafio da Administração Pública brasileira na atualidade a implantação de programas de compliance de natureza pública, pormenorizadamente customizados para a realidade estatal, não apenas aproveitando a riqueza da experiência vitoriosa no combate à corrupção advinda do setor privado no além-mar, como igualmente criando estruturas responsáveis pela educação efetiva do gestor público, forte na criação de uma cultura de boa governança. Frisamos aí a palavra “efetiva”, uma vez que tudo o que foi feito até aqui simplesmente falhou, não apenas pela falta de densidade em seu conteúdo, como pela ausência de sinceridade de propósitos na efetivação dos códigos de conduta. Aliás, nossa história é rica na produção de normas “para inglês ver”.





Postas tais considerações, percebe-se o quão amplo é o problema do desabastecimento dos órgãos de saúde das diversas esferas federativas, de tal sorte que não se trata apenas de mero planejamento estrutural das licitações e compras, mas sim de uma mudança no conjunto de procedimentos hábeis a gerar mais eficiência para a atividade administrativa, evitando, assim, o esfacelamento do orçamento estatal. E, o mais importante, tudo em prol da concreção do direito fundamental de todo e qualquer cidadão, o direito à saúde.

## Referências

1. <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2017/08/mesmo-com-milhoes-gastos-falta-o-basico-no-hospital-geral-de-alagoas.html>. Acesso em 13/10/2017
2. [http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2015/04/27/interna\\_vidaurbana,573117/desabastecimento-de-medicamentos-na-farmacia-de-pernambuco-penaliza-pacientes.shtml](http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2015/04/27/interna_vidaurbana,573117/desabastecimento-de-medicamentos-na-farmacia-de-pernambuco-penaliza-pacientes.shtml). Acesso em 13/10/2017
3. Acórdão 2240/2015-Primeira Câmara, TC 019.511/2011-6, relator Ministro Benjamin Zymler, 28.4.2015.
4. <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/policia-federal-cumpre-mandados-de-busca-e-apreensao-na-secretaria-da-saude-de-alagoas.ghtml>. Acesso em 13/10/2017
5. RODRÍGUEZ GARAVITO, Cesar.; RODRÍGUEZ FRANCO, Diana. . Cortes y cambio social. Cómo la Corte Constitucional transformo el desplazamiento forzado em Colombia. Bogotá: Colección de Justicia, 2010. Disponível em: < [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi\\_name\\_recurso\\_185.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_185.pdf)
6. \_\_\_\_\_. Sentencia de Tutela –T- 025.Bogotá. Relator: Ministro Manuel José Cepeda Espinosa. Disponível em : < <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/t-1030-03.htm>>. Acesso em: 25 jul.2017.
7. PARECER PGE/ASS N° 139/2015 (Diário Oficial de Alagoas de 15/12/2015).
8. SAMPAIO, José Adércio Leite. Teoria da Constituição e dos Direitos Fundamentais. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.
9. <https://www.conjur.com.br/2015-ago-20/ricardo-breier-compliance-setor-publico-desafio-pais>. Acesso em 13/10/2017